HAL
archives-ouvertes.fr

Mécanique et modèles économiques en officine : contribution pour une nouvelle rémunération

Jean-Patrice Folco

▶ **To cite this version:**

Jean-Patrice Folco. Mécanique et modèles économiques en officine : contribution pour une nouvelle rémunération. Pharmaceutical sciences. 2011. <dumas-00625412>

HAL Id: dumas-00625412

http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00625412

Submitted on 22 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

ANNEE 2011 N°

MECANIQUE ET MODELES ÉCONOMIQUES EN OFFICINE CONTRIBUTION POUR UNE NOUVELLE REMUNERATION

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLÔME D'ETAT

Jean-Patrice FOLCO

Né le 15 septembre 1952 A Toulon (83)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le 15 septembre 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury :
Monsieur **Jean Calop,** Professeur à l'UFR de Pharmacie, Praticien Hospitalier

Membres :
Madame **Laurence Bouton,** Docteur en Pharmacie, Directrice générale d'Alphega Pharmacy

Monsieur **Gilles Bonnefond,** Docteur en Pharmacie, Président du syndicat USPO

Monsieur **Laurent Lefort,** Docteur en Pharmacie, Rédacteur en Chef du Moniteur des Pharmacies

La faculté de pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propre à leurs auteurs

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice-Doyen et Directeur des Etudes : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2010 – 2011

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE (N=18)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (U.V.H.C.I)`
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-P
CORNET	Murielle	Parasitologie- Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU/PU-PH)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2 / PU-PH)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (Doyen/ LAPM, PU-PH)
LENORMAND	Jean-Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (Therex, TIMC-IMAG)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.PM.)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie Nutrition (L.B.F.A)
WOUESSIDJEWWE	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

Mise à jour le 19/05/2011

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice-Doyen et Directeur des Etudes : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2010 – 2011

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE (n = 34)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie – Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG /MCU-PH)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I / MCU-PH)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Probabilités Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M)
PINEL	Claudine	Parasitologie-Mycologie Médicale (GIN/MCU-PH)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Organique (D.P.M)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (VP Form Adjoint UJF, DPM.)

Mise à jour 19/05/2011

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (N=2)

BUSSER Benoit	Biochimie (IAB, AHU – Biochimie)
MONNERET Denis	Biochimie (HP2, AHU – Biochimie)

ENSEIGNANTS ANGLAIS (N=3)

COLLE Pierre Emmanuel	Maître de Conférence
FITE Andrée	Professeur Certifié
GOUBIER Laurence	Professeur Certifié

ATER (N = 4,5)

DEFENDI Frederica	ATER	Immunologie Médicale (GREPI – TIMC)
GRATIA Séverine	½ ATER	Biochimie Biotechnologie (LBFA)
REGENT Myriam	½ ATER	Biochimie Biotechnologie (IAB)
ROSSI Caroline	ATER	Anglais Master ISM (JR)
RUFFIN Emilie	ATER	Pharmacie Galénique (Therex/TIMC, La serve)
SAPIN Emilie	ATER	Physiologie Pharmacologie (HP2)

MONITEURS ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (N = 7)

BOUCHET	Audrey	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Biotechnologie (GIN, ESRF)
DUCAROUGE	Benjamin	(01-10-2008 au 30-09-2011)	Laboratoire HP2 (JR)
FAVIER	Mathieu	(01-10-2009 au 30-09-2011)	Laboratoire HP2 (JR)
GRAS	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
HAUDECOEUR	Romain	(01-10-2008 au 30-09-2011)	Chimie Thérapeutique (DPM)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Informatique C2i
POULAIN	Laureline	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)

Mise à jour le 19/05/2011

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=3)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitilogie (Praticien Attaché – CHU)
ROUILLER	Patrice	Santé publique (Praticien Hospitalier – CHU)

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roger
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microoganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 19/05/2011

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Calop,

Je vous remercie de m'avoir offert l'opportunité d'effectuer ce travail et de m'avoir dirigé pour réaliser cette thèse. Vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de ma soutenance.

A Madame le Docteur Laurence Bouton,

Vous avez accepté de participer à mon jury de thèse et je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Gilles Bonnefond,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, malgré votre emploi du temps surchargé de Président de syndicat.

A Monsieur le Docteur Laurent Lefort,

Je sais, pour avoir été rédacteur en chef d'un jour, qu'accepter de participer à mon jury de thèse nécessite une surcharge de travail importante. Je tiens à vous remercier pour votre engagement.

A Cécile,

Ta présence à mes cotés depuis plus de 10 ans m'a permis de revivre mes passions. Sans toi et ta compréhension cette thèse n'aurait jamais pu être terminée, mais comme tu le dis si bien « tu as accepté de mettre 100 balles dans le bastringue ».

A mes garçons,

Votre réussite a été la plus grande émotion que j'ai connue dans ma vie. Grâce à vous j'ai le sentiment d'avoir rempli ma vie de père, je ne puis que vous souhaiter de connaître cette immense satisfaction avec vos propres enfants, de façon que je puisse avoir la même satisfaction….comme grand-père.

A Jean-Marc,

Ton amitié et ton aide m'ont permis de surmonter l'épreuve d'un échec. Ta confiance en moi m'as permis de redémarrer, je t'en serais toujours redevable et je te remercie du fond du cœur de m'avoir permis de redevenir un pharmacien et maintenant de devenir un Docteur en Pharmacie.

A Didier Migaud, Président de la Cour des Comptes,

Vous m'aviez fait l'honneur de me recevoir lorsque vous étiez Président de la Commission des Finances le 5 janvier 2010. Vous m'aviez invité à vous faire parvenir un document reprenant mes propositions et mes exemples. Ce document est devenu une thèse qui n'aurait jamais existé si je ne vous avais pas rencontré. Je vous en remercie.

Mécanique et Modèles économiques en officine.
Contribution pour une nouvelle rémunération.

Jean-Patrice Folco
15/09/2011

Préambule

En rappelant, dans ses conclusions pour les affaires opposant la Commission des Communautés européennes à l'Italie et l'Allemagne, que le libre exercice de sa profession par le pharmacien est intimement lié à la propriété de sa pharmacie, l'avocat général Yves Bot confirme que le pharmacien libéral exerce sa profession avec l'indépendance qui caractérise les professions libérales parce qu'il a la pleine maîtrise de son outil de travail.

Ceci veut dire que la rémunération du pharmacien dépend de sa façon d'exercer, ses choix lui permettant d'obtenir une rémunération dépendant du modèle économique qu'il a choisi de suivre.

Pour tenir compte de l'argumentaire utilisé par l'avocat général Yves Bot dans ses conclusions, le terme rémunération utilisé tout au long de cette thèse correspondra à la valeur ajoutée moyenne apportée à l'officine par le patient, le patient – consommateur ou le consommateur, pour ne pas différencier acte de dispensation et acte de vente et garder ainsi l'objectivité nécessaire à mon exposé.

Table des matières

Préambule 2
Introduction 9
1ere Partie : 10
Analyse historique et Bibliographie 10
A. Evolution depuis 1977 11
1. L'explosion des hypermarchés et des centres commerciaux. 13
2. Publicité pour les médicaments, libération des prix et sortie du monopole de la parapharmacie. 14
3. La généralisation du tiers payant. 15
4. Les plans de réductions des dépenses de santé. 15
5. La prolifération des groupements. 17
6. La marge dégressive 17
7. Loi HPST et rapport Rioli 18
B. La rémunération du pharmacien : une mosaïque complexe 20
1. Une rémunération dépendant de l'emplacement des officines 20
2. Une rémunération dépendant des marges commerciales 24
a. La marge du médicament remboursable 24
b. La marge du médicament non remboursable 27
c. La marge de la parapharmacie 29
3. Une rémunération dépendant de la politique d'achat 30
4. Une rémunération dépendante d'une adhésion à un groupement. 30
5. Une rémunération dépendant de la démarche qualité. 32
6. Une rémunération dépendant des marchés. 33
7. Une rémunération complexe difficile à estimer. 34
8. Rémunération, loi HPST et rapport Rioli. 38
2éme partie : 40
Matériel et méthodes 40
Contexte d'exercice et évolution. 41
A. 1999 – 2004 : doublement du chiffre d'affaires 42
1. Les raisons d'un choix. 42
a. Un achat ciblé 42
a.1. L'emplacement 42
a.2. L'espace pharmacie 42

a.3. L'économie 42
b. Une stratégie de développement adaptée....43
b.1 Matériel 43
b.2 Méthode 44
b.2.1 Orientation patient....44
B.2.2 pharmacien libéral : ordonnateur d'une démarche libérale, guide, inspirateur et formateur. 44
b.2.3 Implication du personnel 45
b.2.4 Achats et fournisseurs....46
2. Application et évolution 47
a. Première année 47
b. Deuxième année....48
c. 5 ans de progression. 49
B. 2004, année des travaux. Une transformation calculée pour un développement maitrisé. 51
1. La réflexion 51
2. Le projet, méthodologie. 53
a. L'étude géomarketing 53
b. Baromètre de satisfaction. 55
c. Indicateurs économiques, indice de performance et tableau de bord....56
c.1 les indicateurs économiques....57
c.1.1 le Panier Moyen Ordonnance....57
c.1.2 le Panier Moyen Vente hors ordonnance 62
c.1.3 le Panier Moyen Client 63
c.2. l'indice de suivi de performance....63
c.3. le tableau de bord....65
d. La modélisation....67
3. Un aménagement au service d'un modèle économique. 67
a. Extérieur et vitrines 68
b. Aménagement intérieur du lieu d'exercice 71
c. Merchandising 73
d. Le back office 75
4. Mode d'emploi du nouvel espace. 75
5. Un développement maitrisé, des résultats mesurables et explicables. 79
a. Résultats au bout d'un an 79

b. Une progression de chiffre d'affaires continue. 82
c. Comparatif 86
C. Mécanique économique du modèle libéral. 92
1. Pharmacien : un professionnel de santé à part entière et un chef d'entreprise. 92
2. Composition du chiffre d'affaires du pharmacien libéral 94
a. Analyse progression janvier-décembre 2007/janvier-décembre 2006 100
b. Analyse progression 01/2004 – 01/2005 – 01/2006 – 01/2007 104
c. 2009 : comparatif des indicateurs 109
d. 2009 : comparatif avec les statistiques 110
e. La modélisation de son économie. 119
3éme partie 122
Résultats 122
1. Les objectifs de la démarche. 123
2. Influence de l'image. 123
3. Comparaisons statistiques. 125
4. La mécanique économique. 126
5. Le modèle économique 127
6. La rémunération 134
7. Synthèse 135
4éme partie 136
Discussion 136
A. Le modèle commercial : l'effet vitrine. 137
B. Evolution du modèle libéral vers un modèle commercial 140
C. Conséquence d'une stratégie commerciale sur l'économie d'une pharmacie de quartier. 149
1. Critères de comparaison 149
2. Comparaison de l'évolution des chiffres d'affaires 149
3. Comparaison des agencements 150
4. Comparaison des fréquentations 151
5. Comparaison des paniers moyens 152
6. Comparaison de l'indice de suivi de qualité 154
7. Analyse 154
8. Conclusions 160
D. Le modèle libéral-commercial : modèle économique officinal 164

E. Difficultés économiques de l'officine : échec d'un modèle ou d'un mode de rémunération ?....169
1. Les effets de la MDL sur l'économie officinale....169
1a. La MDL : une marge « libérale »....170
1b. La MDL : responsable des difficultés économiques ?....174
2. Le modèle libéral-commercial : un modèle adapté ?....175
3. Modèle libéral commercial : indicateurs, théories et analyses....177
3a. Les taux....178
3a.1 les taux de marge....178
3a.2 le taux de marge bilan....180
3a.3 les taux de TVA....181
3a.4 synthèse....182
3b. La mécanique économique....183
3c. Les marchés....186
3d. Les pharmacies rentables....188
3e. Le tableau de bord de gestion....191
3e.1 1er indicateur : le chiffre d'affaires....191
3e.2 2éme indicateur : la marge....192
3e.3 3éme indicateur le panier moyen....192
3e.4 4éme indicateur : la productivité du personnel....193
3e.5 5éme indicateur : la performance commerciale de gestion (PCG)....193
3e.6 commentaires....193
4. Conséquence de l'application d'une démarche libérale sur un modèle libéral commercial....195
4a. gestion de l'image....195
4b. démarche qualité....198
4c. tableau de bord....198
4e. résultats....198
4e.1 structure de la clientèle....198
4e. 2 le **PMC**....199
4e. 3 le BaroQualité....200
4e.4 la démarche qualité : clef de la rentabilité....200
4f. commentaires....201
5. Répartition géographique, proximité et monopole....203
6. Les prix....206

7. Les enseignes 207
8. Les regroupements d'officines 210
9. Les achats 212
10. Loi HPST, modèles économiques et rapport Rioli 213
11. Le modèle libéral-commercial est il économiquement fiable ? 215
12. Macro-économie et modèles économiques 218
F. Rémunération, revenus, difficultés économiques : synthèse 225
G. Rémunération : un choix stratégique 228
1. Les différents types de rémunérations possibles 229
1a. L'honoraire à l'ordonnance 229
1b. L'honoraire à la ligne 230
1c. L'honoraire à la boite 230
1d. La rémunération mixte 231
1e. Synthèse 233
2. L'honoraire à la boite : solution pour une rémunération pérenne 235
2a. Le périmètre d'application 235
2b. Honoraire et marge : cohabitation 236
2c. Mode d'exercice et nouvelle rémunération 236
2d. Fonctionnement 237
2e. Les services avancés et leurs rémunérations 238
2f. Les services optionnels et leurs rémunérations 240
2g. Conventionnement et rémunération 241
2h. Rémunération et économies 241
2i. Législation, déontologie et nouvelle rémunération 242
2j. Mise en place 243
3. Conséquences économiques de l'honoraire à la boite 243
3. a. L'économie du modèle libéral 243
3. b. L'économie du modèle libéral-commercial 244
3. c. L'économie du modèle commercial 244
3. c. Conséquence sur les équilibres 245
3. d. Un nouveau paysage économique 245
4. Conclusions 246
5éme partie 248
Conclusions 248
Conclusion : la modélisation économique, une logique incontournable 249

A. Modèle économique et rémunération 250
B. L'honoraire à la boite : la rémunération la mieux adaptée après la MDL 253
C. Modéliser son économie : une obligation pour le futur 256
THESE SOUTENUE PAR : Jean-Patrice Folco 262
CONCLUSION 262
Bibliographie 265
ANNEXE 1 269
Le BaroQualité 270
1. BaroQualité avec PMO, PMVC et taux de ventes associées à l'ordonnance fixés. 271
2. BaroQualité avec PMO, PMVC et rapport ordonnances/ventes fixés. 273
3. Synthèse 275
ANNEXE II 276
Statistiques IMS Pharmastat 276
ANNEXE III 289
Statistiques SANTESTAT QUALIPHARMA 289
ANNEXE IV 295
Etude Géomarketing 295
ANNEXE V 301
Baromètre satisfaction clientèle 301

Introduction

«*Il ne faut pas perdre de vue que la mission que remplit le pharmacien ne se limite pas à la vente de médicaments. L'acte de dispensation des médicaments nécessite également, de la part du pharmacien, d'autres prestations telles que la vérification des ordonnances médicales, la réalisation de préparations pharmaceutiques, ou encore la fourniture d'informations et de conseils garantissant le bon usage des médicaments.* ***Nous estimons également que le devoir de conseil qui incombe au pharmacien revêt une grande importance dans le cas de médicaments qui ne nécessitent pas une ordonnance médicale, médicaments dont le nombre augmente constamment par l'effet de décisions prises par les états dans le but de préserver l'équilibre des comptes sociaux. Dans cette situation, le patient ne peut se fier qu'aux informations fournies par le professionnel de santé qu'est le pharmacien. »***

« Un pharmacien qui est propriétaire de sa pharmacie est financièrement indépendant, ce qui garantit le libre exercice de sa profession. ***Un tel pharmacien ayant la pleine maitrise de son outil de travail peut dés lors exercer sa profession avec l'indépendance qui caractérise les professions libérales****. Il est tout à la fois un chef d'entreprise proche des réalités économiques, qui sont liées à la gestion de sa pharmacie, et un professionnel de santé qui est soucieux d'équilibrer ses impératifs économiques avec des considérations de santé publique, ce qui le différencie d'un pur investisseur. »*

Conclusions de l'avocat général Yves Bot/affaire C.C.E contre République Italienne

La rémunération du pharmacien dépend donc essentiellement de la valeur ajoutée dégagée par son acte de professionnel libéral, valeur ajoutée provenant actuellement de la cession contre rémunération de produits ayant un rapport plus ou moins proche avec la santé des patients, cette notion de santé ayant été étendu à la consommation.

L'avocat général Blot justifie la propriété du capital par le pharmacien parce que cela permet au pharmacien d'exercer sa profession avec l'indépendance qui caractérise les professions libérales en ayant la pleine maitrise de son outil de travail. Ce qui fait que la rémunération du pharmacien libéral, indépendant par essence et maitre de son outil de travail, dépend uniquement de sa façon d'exercer et du modèle économique qui en découle.

La nouvelle loi HPST[1] en privilégiant le coté libéral de l'activité du pharmacien amène la profession à remettre en cause son mode de rémunération, arguant du fait que la rémunération actuelle ne permettra pas de faire face aux charges induites par les nouvelles taches proposées par la loi.

La question à laquelle cette thèse va tenter de répondre est de savoir quel est le modèle économique, issu d'un mode d'exercice clairement défini, qui apporte la meilleure rémunération actuellement et ainsi de proposer une nouvelle rémunération permettant de respecter le cahier des charges défini par le rapport RIOLI. (**Biblio** (1) RIOLI).

[1] Hôpital Patients Santé Territoires

1ere Partie :

Analyse historique et Bibliographie

Depuis les ordonnances de1941, les pharmacies sont réparties selon une loi de répartition géographique, cette répartition ayant été créée en même temps que l'Ordre des pharmaciens. Le métier de pharmacien devient une profession libérale réglementée devant répondre à une éthique et une déontologie très stricte pour respecter une mission de santé publique.

La rémunération du pharmacien va donc répondre à un mode d'exercice libéral, conditionnant cette rémunération avant tout à la qualité de ses actes, puisque la proximité voulue par les ordonnances de 1941 suppriment de fait la concurrence commerciale en règlementant les implantations.

Depuis 1941 la base de la rémunération du pharmacien dépend donc prioritairement de son lieu d'implantation, cette rémunération évoluant au gré des décisions gouvernementales sur le prix du médicament (remboursables ou non remboursables), de la concurrence entre pharmaciens (depuis la libération des prix) ou de la concurrence entre pharmaciens et d'autres circuits de distribution (depuis l'ouverture du monopole). Le pharmacien de part son indépendance de professionnel libéral a la maîtrise de son outil de travail et donc a la maîtrise de sa rémunération comme le rappelle Yves Bot. (**Biblio** (2)).

A. Evolution depuis 1977.

A la fin des années 70 et au début des années 80 l'inflation annuelle dépassait largement les 10%[2]. De 1978 à 1988 les prix ont été multipliés par 1,7[3], de 1988 à 2010 ils ont progressé de + 50%[4], le crédit était encadré et était cher[5], les prix au détail étaient fixés.

Les chiffres d'affaires des pharmacies progressaient allégrement de plus de 10%, les prix de ventes moyens étaient autour de 100% du C.A et atteignaient dans certaines régions 120%. Les banques prêtaient jusqu'à 140% du prix d'achat des fonds, il était tout à fait possible d'acheter un fond de pharmacie sans aucun apport initial. L'imposition sur la plus value n'existait pas encore.

Les pharmaciens nouvellement installés avec des apports minimum, ne pouvaient pas faire face à l'impôt au bout de quelques années (entre 3 et 5 ans) et devaient revendre pour se réinstaller avec le capital obtenu par la croissance de leur Chiffre d'affaires. Cette façon de faire capitalistique a été encouragée pendant de nombreuses années, et l'est encore, par de nombreux intervenants (agences de ventes, établissements financiers, etc..) et fait prendre à la profession une vision ne correspondant pas à la réalité du métier, mais permettant à tous ces intervenants de vivre plus que correctement.

Il est évident qu'une profession qui ne se rend pas compte de l'extraordinaire opportunité qu'il y a de pouvoir emprunter la totalité de son investissement, de vivre avec les bénéfices de cet investissement et, de plus, de récupérer un capital conséquent en remboursant la

[2] 1980 : + 13,60%
[3] + 170%
[4] Inflation
[5] Taux dépassant les 15%

quasi-totalité du montant de son emprunt au bout de seulement 5 ans par la vente de son fond, ne peut pas parler de problèmes économiques.

En 1977 le tiers payant n'en était qu'à ses débuts et les dépenses de santé commençaient à faire parler d'elles. Les marges des médicaments dépassaient 35%, les remises grossistes pouvaient dépasser les 6%. Les marges des pharmacies étaient plus proches de 40% que de 30%. Il fallait un pharmacien pour un million cent milles francs[6] de chiffre d'affaires.

La parapharmacie était une exclusivité des pharmacies, les couches, le coton, les pansements, les serviettes périodiques, les petits pots pour bébé étaient vendus en quasi exclusivité par les pharmaciens.

L'évolution du commerce en France est allée en s'accélérant vers la fin des années 1970 et le début des années 1980. Cette évolution a entraîné de profonds bouleversements dans le monde commercial où la prolifération des grandes et moyennes surfaces[7] a abouti à une prédominance des GMS sur le commerce de détail[8]. Bien que peu concernée par ce phénomène, la pharmacie française s'est transformée pour lutter contre un adversaire qui ne la concurrençait pas, mais qui lui a permis d'augmenter son réseau.

Pour comprendre pourquoi un tel virage a été pris il faut comprendre les évolutions de ces dernières 30 années.

Plusieurs modifications du paysage pharmaceutique et commercial se sont mélangées. Nous pouvons essayer de les énumérer et de les décrire.

- L'explosion des hypermarchés, supermarchés, des galeries et centres commerciaux.
- La prolifération des groupements de pharmacies.
- La sortie du monopole de la parapharmacie, la publicité pour le médicament, la libération des prix.
- La généralisation du tiers payant.
- Les plans de réduction des dépenses de santé.
- La marge dégressive.
- Loi HPST, rapport RIOLI.

[6] 170 000 €
[7] Malgré la loi Royer du 27 décembre 1973
[8] 53% du C.A total de la consommation sur 11 250 points de ventes

1. L'explosion des hypermarchés et des centres commerciaux.

Pour des raisons politiques plus qu'économiques les grandes et moyennes surfaces ont proliféré. Pour s'attirer encore plus de monde, de nombreux hypermarchés et grandes surfaces ont créés des galeries commerciales attenantes, pour recréer un univers marchand attractif proche des univers de centre ville et de façon à ce que l'offre globale réponde aux besoins de leurs clients. (**Biblio** (3) INSEE).

Tableau n°1

Format	Magasins	%	Effectifs	%
Hypermarchés	1 526	13,50%	302 900	48%
Supermarchés	5 501	49%	211 300	33%
Hard-discount	4 223	37,50%	36 400	6%
Total	11 250	100%	550 600	100%

Source : FCD[9], la GMS[10] en 2008

Ainsi cette volonté d'avoir une offre complète a poussé les enseignes de distribution à faire ouvrir des pharmacies dans leur galerie marchande. Beaucoup d'enseignes ont réussi dans leur entreprise, ainsi prés de 90% des hypermarchés possèdent une pharmacie à proximité. (**Biblio** (4) Renard).

Beaucoup de communes ont renchéri en permettant la création d'énormes centres commerciaux (La Part-dieu à Lyon, Grand Place à Grenoble, etc.) avec de nouvelles pharmacies commerciales.

L'apparition de ces pharmacies, atypiques dans la profession, a amené un bouleversement dans la pharmacie comparable au bouleversement amené par la GMS dans le commerce de détail. Ainsi après seulement 1 ou 2 années d'existence, ces pharmacies atteignaient un chiffre d'affaires égal ou supérieur aux grosses pharmacies de centre ville qui devaient, elles, leurs chiffres d'affaires plus à leur réputation qu'à leur emplacement commercial.

Ces pharmacies commerciales, profitant de l'image positive donnée par la profession, sont devenues des centres de distribution de produits de santé. Grâce à l'attractivité de ou des grandes surfaces attenantes et à la taille de la zone de chalandise, pouvant aller parfois à plusieurs dizaines de kilomètres, ces pharmacies commerciales ont pu, avec un chaland important[11], développer leur chiffre d'affaires essentiellement avec les produits de parapharmacie ou de conseil possédant un soutien publicitaire. En 2002, 5% des pharmacies font plus 10% de leur chiffre d'affaires en parapharmacie alors que la moyenne nationale ne dépasse pas 2%. (**Biblio** (5) BERNARDET).

[9] Fédération des Entreprises du Commerce et de la Distribution
[10] Grandes et Moyennes Surface
[11] Plusieurs milliers de clients potentiels par jour

2. Publicité pour les médicaments, libération des prix et sortie du monopole de la parapharmacie.

Dans le milieu des années 70, pour essayer de casser l'inflation en rétablissant une concurrence entre les distributeurs, le gouvernement décida d'arrêter sa politique de contrôle des prix. Cet arrêt se faisant par catégories de produits la libération des prix de la parapharmacie et de l'OTC n'arrivera qu'à la fin des années 80.

Vers la fin des années 70, la publicité fut autorisée à la télévision pour certains médicaments, et cette autorisation allait modifier d'une façon importante le conseil des pharmaciens par l'augmentation spontanée de la demande des produits soutenus par une campagne de publicité.

Sur la pression des grands distributeurs (Leclerc en particulier qui a actuellement plus de 30% des hypermarchés sous enseigne) cherchant à étoffer leur offre, la pharmacie a perdu le monopole de la parapharmacie en 1988, parapharmacie qu'elle avait contribué à créer et à développer.

Cette sortie du monopole a avant tout démontré que la pharmacie n'était pas reconnue par les juges comme un simple circuit de distribution. La justice ayant tranchée le litige opposant les grands distributeurs aux pharmaciens, il a été reconnu que les produits de parapharmacie, par leur technicité, ne pouvaient pas être distribués sur les rayons des supermarchés, mais pouvaient être distribués par le biais des circuits sélectifs, à la condition que le centre de distribution dispose d'un pharmacien pour conseiller les produits.

Les grands distributeurs sous la poussée des centres LECLERC, ont donc commencé à ouvrir des centres de parapharmacie dans la perspective d'un assouplissement des règles et d'une ouverture plus grande du monopole.

Le monde de la pharmacie a très mal vécu la perte de l'exclusivité de la parapharmacie, surtout les pharmacies commerciales qui ont vu débarquer à leur porte une concurrence qui n'existait pas jusqu'alors. Il s'en est suivi une explosion des centres de para dans les années 80, qui a abouti à une disparition aussi rapide de la plupart d'entre eux, la concurrence ne permettant pas d'avoir des marges en valeur suffisantes pour tenir économiquement, et surtout la taille du marché ne permettant pas une multiplication aussi importante et rapide des points de ventes. Le circuit sélectif ne peut fonctionner que si son nombre de centres de distribution est maitrisé, beaucoup de pharmaciens l'ont appris à leurs dépens. (**Biblio** (6) LSA).

La conjonction de ces 3 éléments apparus en moins de 10 ans[12], a profondément modifié la vision du monde de la pharmacie par les pharmaciens. D'une économie complètement administrée, la pharmacie est passée à une économie partiellement libérée et partiellement concurrencée. Cette modification aurait été insignifiante si les pharmaciens étaient formés pour gérer leur pharmacie et s'il avait confiance en leur métier.

[12] Publicité pour les médicaments, libération des prix, sortie du monopole de la parapharmacie

La pharmacie est le lieu d'exercice du pharmacien, où il dispense, écoute et conseille les patients qui ont des besoins. La publicité, la libération des prix et le passage de la parapharmacie en circuit sélectif ont fait basculer beaucoup de pharmacies en centres de distribution de produits de soins et de santé.

3. La généralisation du tiers payant.

La généralisation du tiers payant obtenu avec la signature d'un accord cadre national au début des années 70, a permis d'augmenter les chiffres d'affaires des officines dans des proportions très importantes (comme celui des cabinets médicaux avec les conventionnements sécu des médecins).

La facilité d'accès aux soins qu'a apporté cette fausse gratuité, a conduit à une surconsommation médicamenteuse mal contrôlée par les pharmaciens, qui ont perdu une occasion unique de montrer le rôle qu'ils pouvaient jouer. Le fait de ne pas recevoir de règlement en contrepartie de leur délivrance, et que celui-ci provienne de la sécurité sociale, des mutuelles et des assurances leur a fait perdre la notion de la qualité professionnelle qu'ils doivent démontrer à chaque délivrance de médicaments.

Comme le client ne règle pas son ordonnance, pour beaucoup de pharmaciens, le principal client de leur officine est devenu la sécurité sociale. Pour beaucoup de pharmaciens, il en découle que la priorité est de chercher à fidéliser les clients qui règlent.

4. Les plans de réductions des dépenses de santé.

L'accélération des dépenses de santé ont amené les pouvoirs publics à rentrer dans une maîtrise comptable des soins de santé. Ayant déterminé avant tout que le pivot de la politique de santé était le médecin et que toutes les dépenses de ville devaient être ordonnées par lui, la totalité des plans de réduction des coûts ont été supporté par les autres professions de santé.

La filière médicament est à chaque fois sollicitée, que ce soit par l'encadrement stricte des prix de remboursements, par la baisse des marges, par la modification des marges, par la baisse des prix, par la remise sur bénéfices (1979), par les déremboursements, etc.etc.

- 1976 Plan BARRE : diminution des remboursements
- 1977 Plan VEIL : diminution des remboursements, réduction du nombre de lits
- 1982 Plan BEREGOVOY : création du forfait hospitalier, diminution des remboursements
- 1985 Plan DUFOIX : diminution des remboursements
- 1986 Plan SEGUIN : hausse du forfait hospitalier et des cotisations
- 1988 Plan EVIN : exonérations du ticket modérateur, taxe sur la publicité pour les médicaments

- 1990 création de la Cotisation Sociale Généralisée[13], Marge Dégressive Lissée[14]
- 1991 Plan BIANCO : hausse du forfait hospitalier et des cotisations
- 1993 Plan VEIL : hausse de la CSG et du forfait hospitalier, baisse du remboursement des honoraires
- 1994 Références Médicales Opposables[15]
- 1996 Plan JUPPE : caisse d'amortissement de la dette sociale, Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie[16]
- 1997 seconde vague de RMO
- 1999 droit de substitution génériques accordé aux pharmaciens, réforme de la MDL (passage de 6 à 2 tranches)
- 2003 Tarif Forfaitaire de Responsabilité[17]
- Etc.…

Au rythme des différents plans (prés de 1 par an), les pharmaciens ont réagi, par exemple en faisant pression sur leurs principaux fournisseurs (on a connu des grèves de règlements, des refus d'achats) pensant ainsi amener les pouvoirs publics à négocier.

N'étant quasiment jamais arrivés à leur fin, les pharmaciens ont donc cherché à récupérer ce qu'ils pensaient perdre en se diversifiant et en se tournant vers une forme nettement plus commerciale de leur exercice, encouragés pour cela par les nombreux laboratoires désireux d'augmenter leurs ventes. Pour la profession le médicament remboursable était devenu non rentable et il fallait chercher par d'autres ventes la rentabilité perdue.

S'il est indéniable que l'économie des officines s'est apparemment détériorée depuis 1977 par une baisse de marge brute d'environ 10%, il faut aussi remarquer que le chiffre d'affaires moyen des officines a été multiplié par plus de 6, que le gain brut moyen par ordonnance a été multiplié par plus de 3 et que le revenu moyen d'un pharmacien installé se situe dans les 5% des plus hauts revenus français (sans compter la capitalisation du fonds). Le revenu moyen du pharmacien est de l'ordre de 120 000 € par an. (**Biblio** (7) COLLET).

On peut rajouter que, malgré la baisse de marge subie par la profession depuis 30 ans, les prix de ventes moyens des officines ont quasiment stagné (autour de 90% du C.A), ce qui veut dire qu'un pharmacien qui aurait acheté une pharmacie avec un chiffre d'affaires moyen en 1977, qui serait resté dans cette même officine pendant 30 ans et en supposant qu'elle soit toujours dans la moyenne des officines en chiffre d'affaires partirait avec un chèque d'environ 800 000 € (plus value payée) en vendant. On est loin d'une profession sinistrée !

[13] CSG
[14] MDL
[15] RMO
[16] ONDAM
[17] TFR

5. La prolifération des groupements.

Si lors de notre première installation en 1977, il n'existait qu'un groupement, c'est loin d'être le cas 30 ans plus tard. Le groupement est devenu un élément incontournable du paysage pharmaceutique français.

Un groupement de commerçants détaillants ou « groupement d'indépendants » est une société, une S.A coopérative de commerçants dans la plupart des cas, dont les actionnaires sont des entrepreneurs indépendants, exploitant un ou plusieurs points de vente qui se sont associés pour développer ensemble des moyens communs : centrale d'achat, outil logistique, politiques commerciales et de communication, enseigne et concept magasin, formation, etc. Impliqués dans les instances de décision tous les associés ont le même droit de vote en assemblée générale en vertu de la règle : « un homme égal une voix ». (**Biblio** (3) INSEE).

Les stratégies multi-enseignes deviennent de plus en plus courantes dans ce type de réseaux, au sein desquels les commerçants cherchent à développer de nouveaux marchés sur des zones déjà fortement occupées par leur enseigne principale. (**Biblio** (3) INSEE).

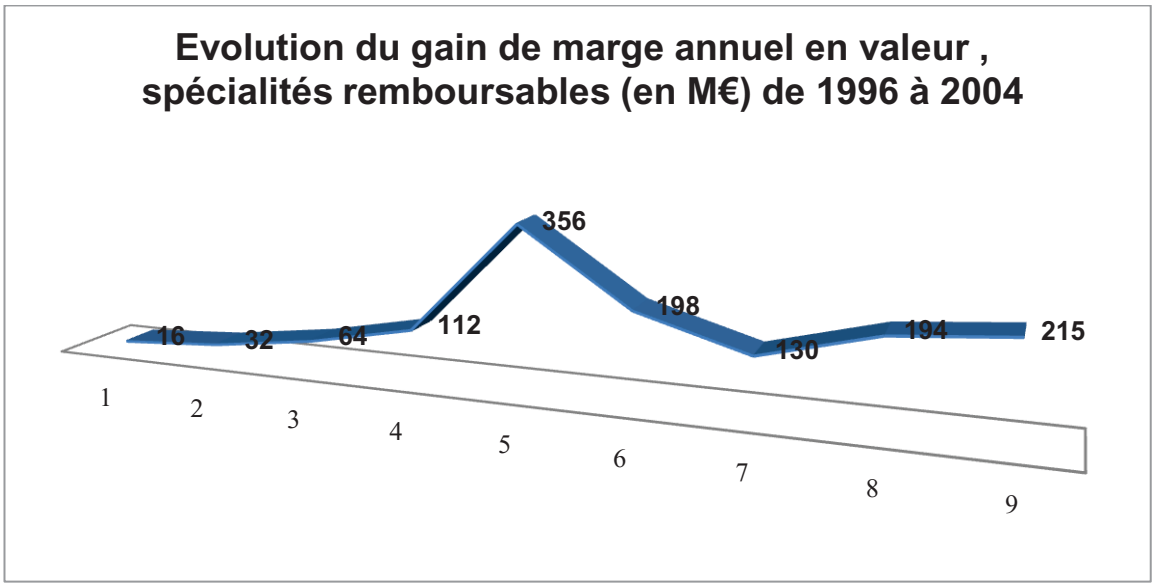
Cette définition donnée par l'INSEE dans « le commerce en France édition 2006 » montre que les groupements de pharmaciens n'ont fait qu'accentuer le virage commercial pris par la profession, en ne proposant que des solutions commerciales, copiées sur les techniques de ventes utilisées dans le commerce de détail et les GMS.

6. La marge dégressive

La marge dégressive, apparue en janvier 1990, a apporté de profondes modifications dans l'économie de l'officine, certainement la plus importante qu'ait connue la profession. Ces modifications ont été mal évaluées par les pharmaciens qui n'ont pas changé leur appréciation de l'économie officinale. Cette marge dégressive, si elle a entrainé une baisse du taux de marge moyen du médicament, a modifié le rapport entre le taux de marge du médicament et la valeur ajoutée apportée par l'ordonnance. Ainsi plus la marge en pourcentage du médicament est faible, plus la marge en valeur à l'ordonnance est importante.

La marge dégressive lissée oblige maintenant le pharmacien à connaitre son panier moyen ordonnance, la valeur de ce panier conditionnant la marge de son officine. Malheureusement les pharmaciens n'ayant pas su changer leur façon d'analyser, ou ne comprenant pas la composition de leur marge, ils se sont engagés par ignorance et sur les conseils de commerciaux ne tenant pas compte de ce critère, dans une politique de développement ne préservant pas leurs intérêts.

Tableau n°2



L'activité économique des officines se caractérise par une érosion régulière du taux de marge brute sur le médicament remboursable depuis la mise en place de la MDL. Ce taux de marge est passé de 29,60% en 1990 à 23,31% en 2003 (UNPF[18]). (**Biblio** (8) DELAIR).

La courbe ci-dessus montre l'évolution positive des gains de marge annuelle de 1996 à 2004, évolution positive due à l'augmentation de la valeur ajoutée consécutive à la baisse régulière du taux moyen de la MDL et donc à l'augmentation du prix moyen des médicaments.

7. Loi HPST et rapport Rioli

En 3 ans de 1987 à 1990, la profession a subi des modifications économiques profondes : libération des prix en 1987, ouverture du monopole en 1988 et création d'une nouvelle marge, la MDL, en 1990.

Le résultat de toutes ses transformations a profondément modifié l'approche de la profession par les pharmaciens. La prédominance des pharmacies commerciales dans les plus gros chiffre d'affaires officinaux a fait croire que le salut ne pouvait venir que du développement de l'offre hors ordonnance, ceci est profondément ancré dans l'esprit de beaucoup de pharmaciens.

Ainsi la pharmacie, qui par définition est le lieu d'exercice du pharmacien, est devenue pour beaucoup un centre de distribution de produits de santé soumis aux règles du commerce. Du statut de pharmacien exerçant son métier, on est passé au statut de chef d'entreprise propriétaire d'un centre de distribution.

[18] Union Nationale des Pharmacies de France

Nous avons tellement peu confiance en notre métier, que nous acceptons d'être formés par les laboratoires pour vendre des molécules ou des formules que nous délivrons quotidiennement sur des prescriptions médicales et pour lesquelles nous suivons 6 ans d'études de haut niveau. Nous acceptons aussi que n'importe quel laboratoire s'arroge le droit d'utiliser le label « vendu en pharmacie », sans même que la profession ne s'en offusque, simplement parce que nous avons été choisis comme circuit de distribution. Il est certain que les pharmacies situées sur des zones de chalandises importantes ne peuvent qu'apprécier ce genre de pratiques, parce que leur développement repose essentiellement sur la communication publicitaire d'une grande partie de leur offre produit.

La loi HPST et le rapport Rioli devraient changer l'orientation commerciale suivie depuis de nombreuses années pour revenir à un exercice libéral plus conforme aux conclusions prises par l'avocat général Yves BOT dans les affaires opposant la Commission Européennes et les états italien et allemand.

La rémunération spécifique d'un acte pharmaceutique pour les nouvelles missions du pharmacien prévues par la loi HPST doit donc être indépendante du coût industriel du médicament, des volumes consommés et doit se présenter sous forme d'honoraire[19].

La concurrence se fera sur la compétence, les connaissances, la qualité de la prise en charge du patient, l'accompagnement et l'accueil. (**Biblio** (1) RIOLI).

Cela montre la volonté de la profession d'abandonner les stratégies commerciales et de se tourner vers un mode d'exercice plus en rapport avec l'activité d'un professionnel libéral, se rapprochant ainsi de l'argumentation retenue par Yves BOT pour défendre la propriété du capital dans ses conclusions. (**Biblio** (2) BOT).

La loi HPST tient compte du poids dominant des médicaments remboursables dans le chiffre d'affaires des officines, qui réalisent l'essentiel de leur chiffre d'affaires sur les spécialités remboursables. Les seules exceptions concernent les pharmacies spécialisées dans la parapharmacie, soit parce qu'elles ont opté pour ce positionnement commercial spécifique et pratiquent des tarifs attractifs, soit parce qu'elles sont situées dans des zones d'activité saisonnière (mer ou montagne). (**Biblio** (8) DELAIR).

[19] Proposition 3, rapport Rioli, volet économique

B. La rémunération du pharmacien : une mosaïque complexe

Une étude de l'INSEE (Comptes du commerce) sur les revenus des pharmaciens de 1995 à 2002, montre qu'en 2002 les ventes de médicaments constituent 94% du chiffre d'affaires des pharmacies. (**Biblio** (5) BERNARDET)

Une nouvelle étude de la DREES sur les revenus des titulaires d'officines entre 2001 et 2006 (**Biblio** (7) COLLET) signale qu'en 2006 l'Enquête annuelle auprès des entreprises[20] montre que les ventes de médicaments représentent toujours 94% du chiffre d'affaires global officinal, et qu'elles constituent donc le principal revenu des titulaires d'officines et le moteur de la croissance du secteur. La rémunération du pharmacien dépend donc majoritairement du médicament.

La rémunération actuelle est un facteur limitant car inadapté aux différentes situations où le pharmacien doit apporter une réponse de professionnel. (**Biblio** (1) RIOLI).

1. Une rémunération dépendant de l'emplacement des officines

Pendant prés de 60 ans la loi de répartition (article L-571 du Code de la Santé Publique) n'a pas été modifiée. Les règles d'installation ont été revues en 1999 avec l'Article 65 de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU qui modifie la législation relative à l'implantation des officines.

Une communication de Jean Renard (**Biblio** (4)) sur l'état de la répartition des officines a permis de donner une image précise de la répartition des officines françaises en 2000 :

- En 2000 le nombre de pharmacies françaises étaient de 22 689.
- En 30 ans le nombre de titulaires a augmenté de 37%.
- 20% des officines se situent en zone rurale et 80% en zone urbaine et petites villes.
- 58% des officines sont situées dans des villes de moins de 20 000 habitants.
- 35% des officines sont situées dans des communes de moins de 5 000 habitants.
- 2 031 officines (8,95%) sont situées dans des centres commerciaux regroupant uniquement des petits commerces.
- 2 113 officines (9,30%) sont situées dans des galeries commerciales attenantes à des centres commerciaux, dont 1 361 (6%) sont attenantes à des hypermarchés.

Les ordonnances de 1941 prévoyant des mesures dérogatoires à la loi de répartition, on peut estimer à travers les chiffres fournis dans la communication de Jean Renard qu'un peu plus de 18% des officines françaises possèdent une licence d'exploitation ne répondant pas au quota de population définie par la loi.

En termes de rémunération, et en tenant compte du fait que depuis 2000, le nombre et la répartition des officines françaises n'ont que très peu varié, il y aurait actuellement environ

[20] EAE

18 500 officines dont la rémunération des titulaires dépendrait essentiellement de leurs activités libérales, répondant ainsi au besoin des malades d'une zone de chalandise définie et à la définition de l'activité du pharmacien libéral d'Yves Bot dans ses conclusions. (**Biblio** (2) BOT).

Il y aurait donc un peu moins de 4 200 officines dont la rémunération des titulaires serait dépendante de la fréquentation par les consommateurs de leur site d'implantation, leur rémunération étant composée par le mélange de leurs activités commerciales et libérales.

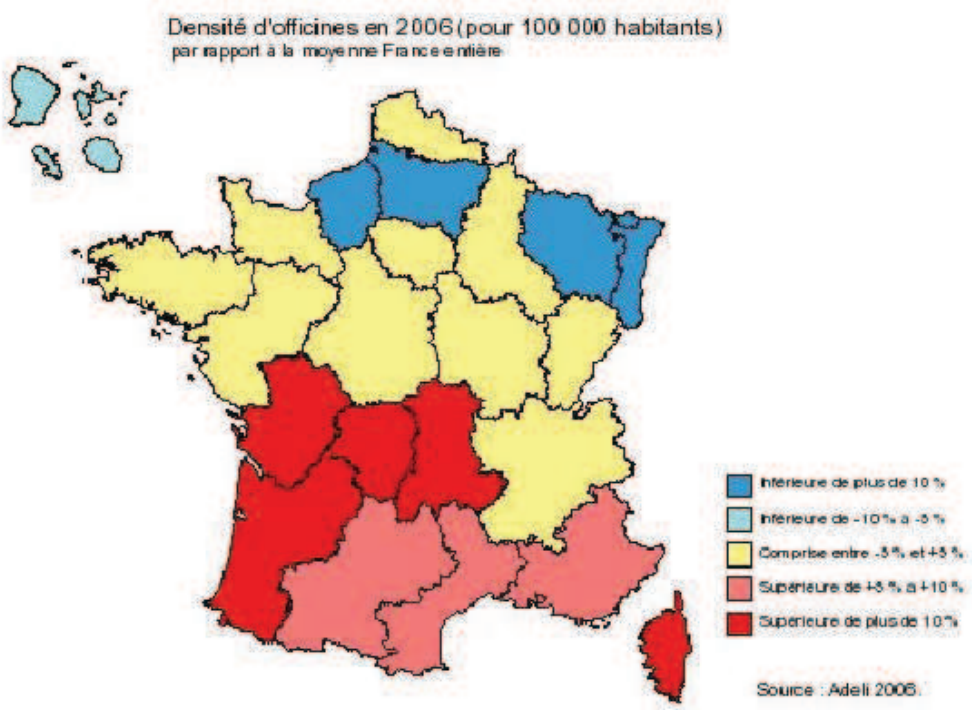
Les revenus des titulaires d'officines varient fortement selon la région d'implantation : ils sont plus élevés dans le nord de la France (sauf en Île de France) ou la densité de population est plus faible. C'est également le cas dans les unités urbaines de taille restreinte (moins de 20 000 habitants) (**Biblio** (9) COLLET).

Les pharmaciens titulaires bénéficiant des revenus bruts les plus élevés (dans le nord, le nord-est et les DOM) exercent dans des régions où la dépense pharmaceutique par habitant est proche de la moyenne nationale (et même, souvent plus faible), mais avec une densité d'officines inférieure. Au contraire les revenus des pharmaciens sont plus faibles dans des régions où le fort niveau de dépenses pharmaceutiques individuelles ne compense pas l'effet induit par une densité d'officines élevées. En île de France qui possède une densité proche de la moyenne nationale et un chiffre d'affaires inférieur de 8% à la moyenne nationale, les titulaires perçoivent des revenus plus faibles de 13%.(**Biblio** (9) COLLET) (**Biblio** (5) BERNARDET).

Le type de zone dans laquelle sont installés les pharmaciens influent fortement sur les revenus des titulaires. C'est dans les unités urbaines faiblement peuplées que leurs revenus sont les plus élevés. (**Biblio** (9) COLLET) (**Biblio** (5) BERNARDET).

Tableau n°3

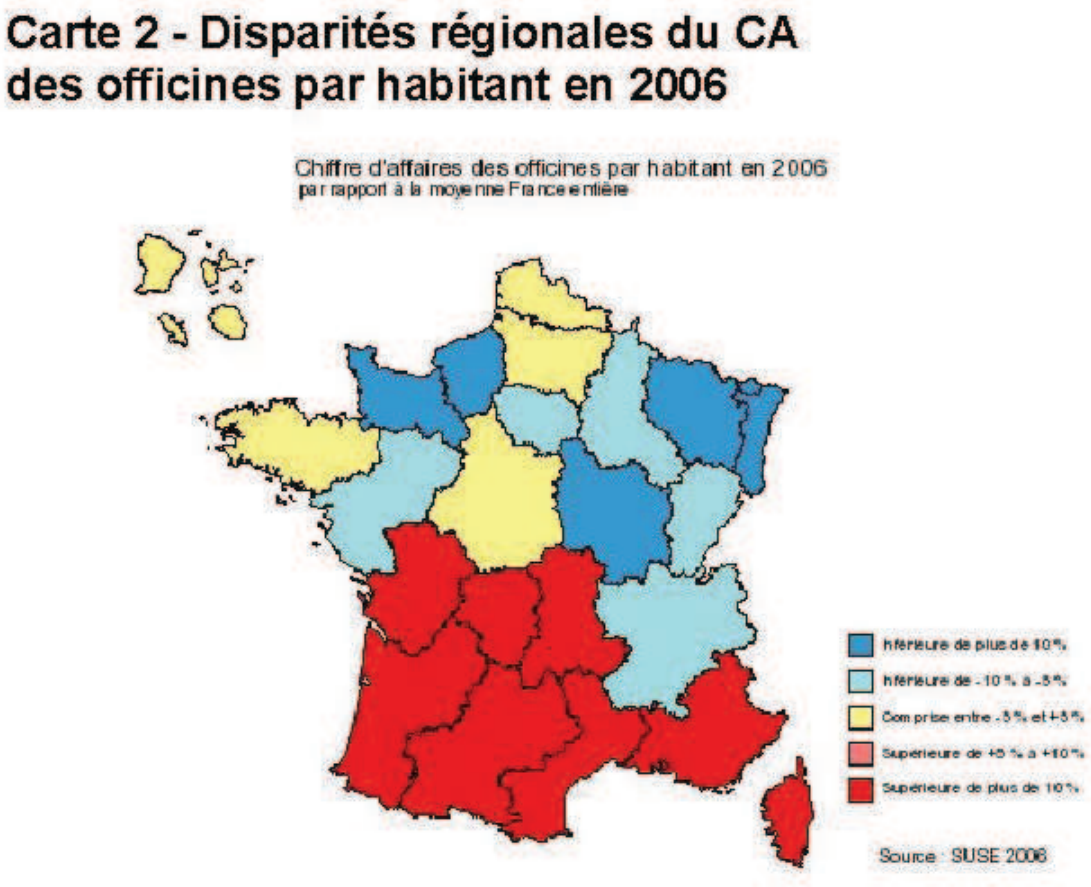
Carte 1 - Densité régionale d'officines en 2006.


Densité d'officines en 2006 (pour 100 000 habitants)
par rapport à la moyenne France entière
Inférieure de plus de 10 %
Inférieure de -10 % à -5 %
Comprise entre -5 % et +5 %
Supérieure de +5 % à +10 %
Supérieure de plus de 10 %
Source : Adeli 2006.

Activité des officines et revenus des titulaires. Juillet 2009. Biblio (9)

Les régions colorées en jaune ont une densité officinale moyenne située entre – 5% et + 5% par rapport à la moyenne nationale. Les régions en rose ont une densité moyenne située entre + 5% et + 10% par rapport à la moyenne nationale. Les régions en rouge ont une densité officinale supérieure de plus de 10% à la moyenne nationale. Les régions en bleu foncé ont une densité moyenne inférieure de plus de 10% à la moyenne nationale. Les DOM ont une densité moyenne inférieure de – 10% à – 5%.

Tableau n°4

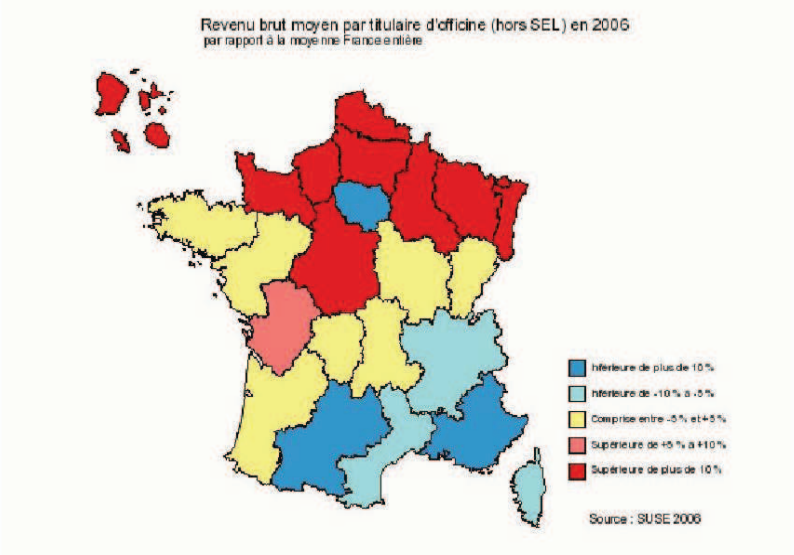

Carte 2 - Disparités régionales du CA des officines par habitant en 2006
Chiffre d'affaires des officines par habitant en 2006
par rapport à la moyenne France entière
Inférieure de plus de 10 %
Inférieure de -10 % à -5 %
Comprise entre -5 % et +5 %
Supérieure de +5 % à +10 %
Supérieure de plus de 10 %
Source : SUSE 2006

Activité des officines et revenus des titulaires. Juillet 2009. Biblio (9)

Les codes couleurs représentants les mêmes écarts par rapport à la moyenne France, on voit donc que la moyenne régionale des chiffres d'affaires ne correspond pas à la moyenne des densités régionales.

Tableau n°5

Carte 3 - Disparités régionales des revenus moyens bruts des titulaires (hors SEL) en 2006


Revenu brut moyen par titulaire d'officine (hors SEL) en 2006
par rapport à la moyenne France entière
Inférieure de plus de 10 %
Inférieure de -10 % à -5 %
Comprise entre -5 % et +5 %
Supérieure de +5 % à +10 %
Supérieure de plus de 10 %
Source : SUSE 2006

Activité des officines et revenus des titulaires. Juillet 2009. Biblio (9)

Les codes couleurs respectant toujours les écarts par rapport à la moyenne France on voit donc que les revenus sont de plus en plus élevés en allant du Sud vers le Nord à l'inverse des chiffres d'affaires qui eux baissent en allant du Sud vers le Nord. Cette disparité de rémunération a été relevée dans le rapport de la Cour des Comptes 2009. (**Biblio** (10)).

2. Une rémunération dépendant des marges commerciales

Le pharmacien libéral a une particularité, c'est que sa rémunération provient de la valeur ajoutée apportée par la cession de produits (très majoritairement des médicaments) qu'il dispense ou qu'il vend selon le mode d'exercice qu'il a choisi. Pour son acte de dispensation il ne reçoit donc pas un honoraire mais une rémunération de type commerciale.

a. La marge du médicament remboursable

Depuis la création de la Sécurité Sociale en 1945 par Pierre Laroque[21], le prix du médicament remboursable a été réglementé par les pouvoirs publics. De 1945 à 1990 ce prix du médicament remboursable s'est appuyé sur une marge linéaire unique, permettant de calculer le prix fabricant H.T à partir du tarif de remboursement. Il est à noter que jusqu'à la libération des prix en 1987, le prix du médicament non remboursable était lui aussi fixé.

[21] Ordonnances du 4 et 19 octobre 1945

L'avantage de la marge linéaire est que les augmentations de volumes de prescriptions sont synonymes d'augmentation de rémunération. La politique de maitrise des coûts de la santé a poussé les pouvoirs publics à agir régulièrement sur la marge du médicament remboursable pour limiter la progression des dépenses de santé liées au remboursement, la dernière baisse de 2 points de marge en 1989 a sonné le glas de la marge linéaire pour le médicament remboursable.

Depuis 1990 la marge du médicament remboursable est devenue une Marge Dégressive Lissée, marge révisée une dernière fois en 2004. L'apparition de cette marge dégressive a permis un rapprochement des prix des nouvelles molécules avec la moyenne de prix européenne donc une augmentation de la valeur ajoutée moyenne des médicaments remboursables, le médicament français étant malgré tout historiquement parmi les moins chers d'Europe. (**Biblio** (11) LEEM).

Les pharmacies réalisant l'essentiel de leurs marges commerciales sur les ventes des médicaments remboursables, les mesures qui réglementent les taux de marges ont un impact prépondérant : le système de la Marge Dégressive Lissée vise à tempérer l'effet structurel de la croissance des prescriptions de médicaments récents et onéreux. (**Biblio** (7) COLLET).

Ainsi entre 1989 et 1997, les marges commerciales en valeur se sont accrues de 3,60% en moyenne par an. Depuis les marges commerciales progressent plus rapidement[22] en dépit des vagues successives de diminution des prix observée notamment sur les médicaments à Service Médical Rendu (SMR) insuffisant. De plus à partir d'avril 1999, l'ancien système comprenant six taux de marge très dégressifs a été remplacé par un système à deux taux plus avantageux, puis à trois taux en 2004[23]. Cependant, de 2004 à 2006, les marges progressent moins vite et leur croissance n'excède pas 3% par an. (**Biblio** (9) COLLET).

On observe une baisse constante du taux de marge commerciale moyen au cours des six dernières années passant de 29,30% en 2000 à 27,40% en 2006, soit une réduction annuelle moyenne de 1,10%.

Si le prix des médicaments remboursables a baissé de 18,40% entre 1990 et 2008, alors que l'inflation augmentait en parallèle de 38,30%, la part croissante prise par le générique dans le marché du médicament remboursable à partir de la fin des années 1990 explique en grande partie cette baisse de l'indice. (**Biblio** (11) LEEM).

Cette baisse de l'indice des prix du médicament remboursable n'affecte donc pas la valeur ajoutée puisque cette baisse est due au développement du générique. L'apparition de nouvelles molécules plus rémunératrices, 44% des nouvelles présentations ont moins de 5 ans (11), a profondément modifié le marché officinal sur les 10 dernières années.

[22] 4,40% en moyenne par an entre 1998 et 2006
[23] Les simulations réalisées montrent en effet que, par rapport aux anciens modes de calcul, ces nouveaux taux de marge sont en moyenne sensiblement plus élevés, et notamment pour les médicaments dont le coût excède 20 €. Les différences entre les systèmes à deux et trois taux de 1999 et 2004 sont en revanche extrêmement mineures et ne concernent que les médicaments très onéreux.

Ainsi, si en 1998, les 20 premiers médicaments vendus représentaient 15,80% des volumes pour 13,80% du chiffre d'affaires, en 2008 ils ne représentent plus que 8,80% des volumes mais font 18,20% du chiffre d'affaires total des médicaments. Le tableau ci-dessous (**Biblio** (11) LEEM) montre bien la concentration du chiffre d'affaires du médicament (toutes catégories confondues) sur un nombre réduit de références puisque 54,80% des volumes de ventes représentent prés de 77% du chiffre d'affaires total, réalisé avec 500 médicaments.

Tableau n°6

	En valeur 1998	En valeur 2008	En volume 1998	En volume 2008
20 premiers médicaments	13,90%	18,20%	15,80%	8,80%
50 premiers médicaments	25,80%	31,00%	26,00%	12,40%
100 premiers médicaments	39,40%	43,80%	37,30%	21,30%
200 premiers médicaments	56,40%	58,20%	52,60%	31,80%
500 premiers médicaments	80,10%	76,90%	74,90%	54,80%

Site LEEM. Biblio (11)

On voit donc bien les effets de la Marge Dégressive Lissée sur l'économie officinale car en concentrant le chiffre d'affaires sur un nombre restreint de produits, cette marge concentre aussi la valeur ajoutée distribuée.

Cette concentration du marché officinal autour d'un nombre réduit de médicaments est confirmée dans le BOCCRF[24] du 28 novembre 2002 reprenant le rapport du CNC[25] relatif à l'affichage des prix des médicaments non remboursables dans lequel la FSPF[26] fournit des chiffres comparables au tableau ci-dessus. (**Biblio** (12) DGCCRF).

Bien que le nombre des présentations ait fortement diminué depuis 50 ans, l'offre de médicaments génériques a suscité une nouvelle augmentation de ce nombre. 5 200 « produits » ou « médicaments » soit environ 10 600 présentations étaient commercialisés en France en 2008. En 1930 il existait 25 000 présentations et plus de 20 000 encore en 1959. Le nombre actuel des présentations, un peu supérieur à celui de la Grande-Bretagne, est nettement inférieur à celui de l'Allemagne, du Canada, du Japon ou des Etats-Unis. (**Biblio** (11) LEEM).

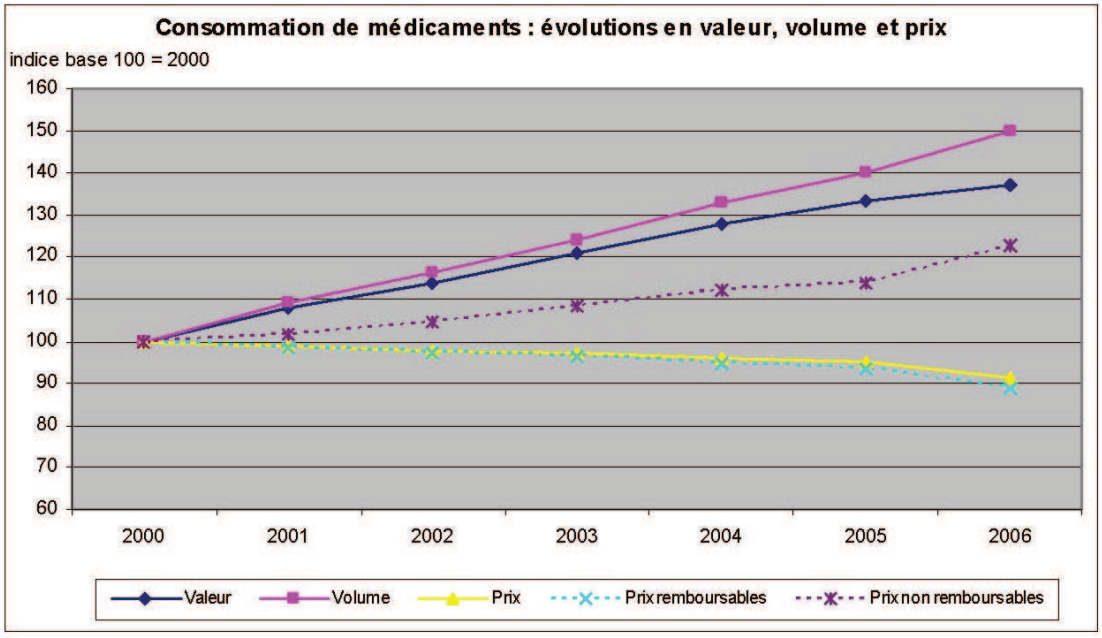
En faisant réaliser près de 80% du chiffre d'affaires global des officines avec moins de 10% de produits, la Marge Dégressive Lissée ne respecte pas la loi du 20/80 (20% des produits réalisent 80% du C.A) cher au commerce.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables constituent les quatre cinquièmes du chiffre d'affaires des officines. (**Biblio** (9) COLLET).

[24] Bulletin Officiel de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
[25] Conseil National de la Consommation
[26] Fédération des Syndicats des Pharmaciens de France

Tableau n°7

Graphique 2 - La consommation de médicaments : évolutions en valeur, prix et volume.



Sources : Drees, comptes de la santé 2006 ; Insee.

Activité des officines et revenus des titulaires. Juillet 2009. Biblio (9)

Ce tableau montre clairement que la marge commerciale en valeur progresse malgré la baisse des prix du médicament remboursable, l'augmentation des prix du non remboursable ne compensant pas cette baisse. C'est la conséquence de la MDL[27]

b. La marge du médicament non remboursable

Le médicament non remboursable, médicament d'automédication, fait partie intégrante de la rémunération du pharmacien libéral depuis de nombreuses années.

Jusqu'en 1987, année de la libération des prix, les médicaments d'automédication généraient une valeur ajoutée conséquente, les remises obtenues étant intégralement perçues par le pharmacien.

La libération des prix a amené une diminution des prix de ventes avec l'affectation de tout ou partie des remises pour faire baisser le prix remisé permettant d'élaborer le prix de vente. La concurrence s'établissant entre officines, la valeur ajoutée apportée par ces médicaments est allée en diminuant régulièrement malgré la conservation du taux de marge.

[27] Marge Dégressive Lissée

Le pharmacien se retrouve dans l'obligation d'augmenter ses volumes de ventes pour compenser les pertes de valeur ajoutée occasionnées par sa stratégie. Le résultat est que sa rémunération en est affectée. Pourtant Charles Beigbeder dans son rapport affirme « qu'en termes de rentabilité, les spécialités non remboursables contribuent à hauteur de 11% à la marge brute de l'officine et à 5% de son chiffre d'affaires » (**Biblio** (13) LSA). Cette affirmation est contredite par le simple fait que si le taux de marge moyen du médicament non remboursable est effectivement supérieur de plus de 10 points à celui du médicament remboursable, sa valeur ajoutée moyenne apportée est par contre inférieure de plus d'un tiers à celle du médicament remboursable.

En France, l'automédication est moins développée que dans les pays voisins : en 2008 elle a représenté, d'après l'AFIPA[28] , 1,9 milliards d'Euros et 427 Millions de boites vendues. (**Biblio** (14) IMS).

L'industrie attend beaucoup de la mise en place du libre accès, pour moderniser cette réponse thérapeutique. (**Biblio** (11) LEEM).

Avec 14,10% des volumes de ventes des médicaments, l'automédication ne représente que 6,30% du chiffre d'affaires total de la médication officinale en 2008, selon IMS. (**Biblio** (11) LEEM ; **Biblio** (14) IMS)

L'automédication ne représente dans la majorité des officines qu'une petite partie de la rémunération du pharmacien libéral, mais elle est prioritaire dans les stratégies de développement des officines et est convoitée par la grande distribution.

Il est à signaler que la part d'automédication avec des médicaments de prescription facultative remboursables représente près de 32% des volumes de ventes et près de 18% du chiffre d'affaires total (soit 343 millions d'€ sur 1,9 milliards d'€) (**Biblio** (14) IMS), ce qui diminue la part de l'OTC pur dans la rémunération du pharmacien.

En 2006 un français dépensait en moyenne 27 € par an en automédication en achetant 6 produits, contre 47 € pour un italien qui en achetait un peu plus de 7, ou près de 61 € pour un allemand qui lui en achetait 8. (**Biblio** (15) IMS).

Les allemands sont les plus gros consommateurs européens en automédication, dans le cas ou le développement attendu du marché de l'automédication en France permettrait d'atteindre les volumes de ventes allemands (8 produits par an et par personne), la dépense moyenne annuelle d'un français pourraient atteindre 36 € (+ 30%) à la condition que les prix de ventes actuels soient maintenus.

En 2006 les dépenses individuelles annuelles des français en produits pharmaceutiques étaient de 440 €. (**Biblio** (7) COLLET).

[28] Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable.

c. *La marge de la parapharmacie*

Comme les médicaments d'automédication, la parapharmacie fait partie intégrante de la rémunération du pharmacien.

Avant 1987 la parapharmacie dégageait une valeur ajoutée importante, à l'instar de l'automédication, la parapharmacie permettait au pharmacien d'améliorer sa marge commerciale.

Après la libération des prix, l'arrêt de cour d'appel de Paris en 1988 ouvre le monopole pharmaceutique et autorise la distribution de la parapharmacie en circuit sélectif sous conditions.

«La parapharmacie est un secteur difficile où la faiblesse des marges rend la puissance d'achat et la logistique déterminantes. De nombreux pharmaciens s'y sont lancés en pensant qu'ils ne changeaient pas de métier. Ils ont découvert une forme de distribution exigeante, qui requiert un vrai concept, un excellent emplacement et une organisation logistique et financière » C'est ainsi que le PDG de Parashop résume la genèse de la parapharmacie : un marché qui n'a pas concrétisé les espoirs placé en lui. (**Biblio** (16) LSA).

La faiblesse des marges est la principale caractéristique du secteur, les premières années ayant été marquées par une guerre des prix sans merci, une stratégie trop réductrice. (**Biblio** (16) LSA).

Cette caractéristique est toujours d'actualité, la concurrence étant toujours aussi féroce, la valeur ajoutée des produits parapharmacie diminue régulièrement. Univers Pharmacie explique, dans l'affaire de la publicité Leclerc, que selon des constats versés aux débats, le groupe Leclerc commercialise les produits de parapharmacie les plus vendus à un prix plus élevé que le réseau Univers Pharmacie. (**Biblio** (17) Le Quotidien).

La parapharmacie, assimilée aux produits d'hygiène et de beauté représentait, en 2002, 2% du chiffre d'affaires global officinal (**Biblio** (5) BERNARDET). Selon l'EAE[29] (**Biblio** (7) COLLET) en 2006 la parapharmacie représentait 2,60%, les produits diététiques 1,20%.

En 2002 4% des officinaux réalisent plus de 10% de leur chiffre d'affaires avec la parapharmacie et un peu moins de 1% dépassent le seuil de 20%, ce qui montre l'excessive concentration du marché de la parapharmacie.

La parapharmacie est un des axes de développement prioritaire pour beaucoup de pharmaciens qui voient ainsi la possibilité d'améliorer leur chiffre d'affaires et leur rémunération.

La parapharmacie ne représente en moyenne que 4 à 5% des ventes des officines, mais bénéficie d'un niveau de marge libre et constitue donc un segment sur lequel il est possible d'améliorer sa rentabilité (**Biblio** (18) JAPHET).

[29] Enquête Annuelle auprès des Entreprises

3. Une rémunération dépendant de la politique d'achat

Les baisses de marge et de volume des médicaments remboursés fragilisent dangereusement l'équilibre économique du réseau officinal qui se trouve aujourd'hui en réelles difficultés financières. (**Biblio** (1) RIOLI).

« Mieux acheter pour mieux vendre » est le principal slogan de beaucoup de groupements. Pour améliorer sa rémunération le pharmacien libéral doit pouvoir acheter ses produits avec les meilleures conditions commerciales possibles.

Soumis à une réglementation sévère le pharmacien libéral est limité par le niveau de ses remises sur les produits remboursés. Plafonnées à 2,5% pour les spécialités en se fournissant chez un répartiteur, ce niveau de remises peut être amélioré par des achats directs avec les laboratoires.

Les remises sur les génériques permettent une amélioration très nette de la rémunération par le niveau que ces remises peuvent atteindre (+ 17% hors offre spéciales). La valeur ajoutée du princeps étant conservé avec le générique, cette valeur ajoutée est majorée en moyenne de prés de 50%.

La valeur ajoutée apportée par les remises sur les produits vignetés est une véritable amélioration de la rémunération du fait que leurs prix de vente sont fixés.

Depuis 1987, la libération des prix a fait rentrer le pharmacien libéral sur le marché concurrentiel de la distribution. OTC, médicaments déremboursés, parapharmacie représentent une part non négligeable du chiffre d'affaires de beaucoup de pharmacies.

Les remises obtenues sur ces produits sont répercutées pour faire baisser les prix d'achats et faire ainsi baisser les prix de ventes en conservant le même taux de marge. En procédant de cette façon le pharmacien libéral doit compenser par une augmentation des volumes de vente la perte de valeur ajoutée qu'il a occasionné en procédant de cette façon. Le résultat étant que si le chiffre d'affaires peut augmenter dans ce cadre, la rémunération n'augmente pas mais se dégrade.

4. Une rémunération dépendante d'une adhésion à un groupement.

Les groupements de pharmaciens font partie intégrante du paysage de la pharmacie depuis la fin des années 70.

Les groupements sont nés de la volonté de pharmaciens désirant mettre en commun leur force d'achat pour obtenir de meilleures remises et améliorer leur économie.

Ces centrales d'achats proposent une mise en commun des moyens et offrent à leurs adhérents des services auxquels ils ne peuvent accéder seuls, parmi eux les remises liées au regroupement des achats. (**Biblio** (19) DURAND)

De structures permettant d'accéder à de meilleures remises, les groupements ont évolué vers une prise en charge global de leurs adhérents en leur proposant des stratégies de développement, les enseignes étant l'aboutissement de cette prise en charge.

Les groupements se sont associés entre eux pour peser sur la politique syndicale de la profession. Le CNGPO[30] regroupe plus de 10 000 pharmacies, UDGPO[31] 7 500 pharmaciens.

L'attitude particulièrement active du Collectif dans l'application de la loi de substitution a exacerbé les tensions qui opposent les anciens aux modernes. Le Collectif souhaite en finir avec cette schizophrénie du pharmacien qui s'idéalise en tant que professionnel libéral et rejette son statut de commerçant. Il ne veut plus limiter sa responsabilité à la bonne délivrance des médicaments prescrits par les médecins. Il veut sortir du rôle d'exécutant dans lequel le pharmacien s'est laissé enfermer au fil du temps. Le Collectif a décidé de résoudre l'équation économique à laquelle il est confronté en faisant preuve de réflexion, d'initiatives et de dynamisme. (**Biblio** (19) DURAND).

Adhérer à un groupement est devenu un engagement limitant la capacité d'action du libéral de part l'obligation qui lui est faite de suivre une politique dont il n'a pas toujours l'initiative. Destiné au départ à améliorer la rémunération du pharmacien grâce aux remises supplémentaires obtenues, le groupement est devenu une structure ou l'augmentation des remises ne couvrent pas toujours le coût des frais occasionnés.

En reprenant la communication d'un groupement destiné à recruter de futurs adhérents on retrouve le détail des offres reprises par l'ensemble des groupements. (**Biblio** (20) PUB) :

- « vous offrir les moyens de développer votre officine » : *c'est-à-dire déterminer une stratégie de développement à suivre. Proposé par tous les groupements*.
- « des moyens, des outils pour créer + de trafic, + de fidélité et pour augmenter le panier moyen » : développement axé sur l'emplacement de l'officine. *L'amélioration de la rémunération passe par une augmentation du panier moyen difficile à obtenir concomitamment à une augmentation de trafic.*
- « Des produits à la marque pour générer plus de marge » : *doit améliorer la rémunération par une augmentation de la valeur ajoutée de ces produits*. *Ne répond pas à l'accord des bonnes pratiques commerciales. Demande un investissement important de la part de l'adhérent.*
- « un accompagnement pour la mise en œuvre de la loi HPST[32] » : *revient à mettre en place une stratégie libérale dans une logique commerciale*
- « un positionnement performant centré sur les services » : *doit reposer sur une offre différente des services classiques du pharmacien libéral.*
- « des services pour développer la différenciation et la performance de votre officine » : *confirme le paragraphe précédent*
- « Des campagnes de communication » : *confirme que les groupements sont sur une logique de différenciation de type distribution et privilégie l'amélioration de la*

[30] Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine
[31] Union Des Groupements de Pharmaciens d'Officine
[32] Hôpital Patient Santé Territoire

rémunération par l'augmentation du volume des ventes, tout en augmentant les coûts structurels.

Les groupements pèsent de plus en plus sur l'exercice du pharmacien libéral, leur souhait étant de faire évoluer la profession de pharmacien d'officine en mettant en exergue leur rôle stratégique dans le circuit de distribution du médicament. (**Biblio** (21) CNGPO).

En allant au-delà de leur simple rôle de structures intermédiaires reliant les titulaires d'officines et les laboratoires, les groupements troublent l'ordonnancement syndical de la profession.

Le 30 mars 2008, un accord de bonnes pratiques commerciales était signé entre l'AFIPA[33], le LEEM[34] et les 3 syndicats représentatifs de la profession la FSPF[35], l'UNPF[36] et l'USPO[37] sans que les groupements, qui possèdent un rôle stratégique dans la distribution du médicament, puissent le parapher. (**Biblio** (22) AFIPA).

Cette absence fait que les coûts intermédiaires occasionnés par les groupements n'ont pas été pris en compte dans la politique de prix facilitant l'accès au soin pour tous les patients. Ces coûts augmentent régulièrement, notamment avec les campagnes de communication grand public, et annihilent les éventuelles baisses de prix des laboratoires.

L'adhésion à un groupement ne va pas donc nécessairement vers une amélioration de la rémunération du pharmacien, celui ci devant s'assurer que le ratio entre le gain de remises obtenu et les coûts d'adhésion, est en faveur du gain de remises.

5. Une rémunération dépendant de la démarche qualité.

Dans l'environnement concurrentiel actuel, les officines ne peuvent se soustraire à l'obligation d'améliorer leurs services et à la nécessité de conquérir de nouveaux marchés si elles veulent rester compétitives. L'engagement dans une politique de management de la qualité permet de s'inscrire dans l'implication de la profession face aux attentes des instances. (**Biblio** (23) QUALIPHARM).

En codifiant le fonctionnement de l'officine, la démarche qualité a l'avantage de permettre au pharmacien libéral d'officine de se fixer des objectifs, de mettre en place un tableau de bord cohérent lui permettant un suivi précis de ses résultats. Avec la mise en place d'un indice de performance il peut apprécier le niveau d'implication de son équipe officinale.

[33] Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication Responsable
[34] Les Entreprises du Médicament
[35] Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
[36] Union Nationale des Pharmacies de France
[37] Union des Syndicats de Pharmacien d'Officine

Cette approche globale, dont le but est d'améliorer durablement les performances de l'officine, permet au pharmacien d'avoir l'assurance d'être reconnu pour la valeur ajoutée qu'il apporte. (**Biblio** (24) ALBAN).

Plus cette valeur ajoutée est importante et plus la rémunération doit être importante. La certification de services comme « Accueil, dispensation, information et conseil en officine » doit avoir comme aboutissement une amélioration du niveau de rémunération.

Les gains attendus d'une démarche qualité sont : reconnaissance, adéquation avec le développement de la profession, réduction de 5% du montant des pertes de C.A liées au aux dysfonctionnements. (**Biblio** (24) ALBAN).

6. Une rémunération dépendant des marchés.

Le développement des marchés rémunérateurs (ou sensés l'être) existant ou bien nouveaux fait partie des objectifs de beaucoup de pharmaciens. Parapharmacie, OTC, compléments alimentaires, autotest, etc. font partie des marchés les plus prisés dans les démarches de développement. La plupart des groupements axent leur communication sur l'aide qu'ils peuvent apporter pour leur développement.

Le développement des marchés concurrentiels comme la parapharmacie, les compléments alimentaires et maintenant l'OTC repose sur la capacité de l'officine de pouvoir capter un pourcentage de plus en plus élevé de son chaland. La situation de l'officine est donc primordiale pour pouvoir créer une augmentation de trafic suffisante pour rentabiliser l'investissement nécessaire à ce développement.

La faiblesse du chiffre d'affaires du marché de la parapharmacie, 540 millions d'€ en 2002 selon l'INSEE (**Biblio** (5) BERNARDET), 884 millions d'€ en 2006 selon le DREES (**Biblio** (7) COLLET), impose de bien connaitre l'importance du chaland dont dépend l'officine d'autant plus que l'INSEE constate en 2002 que 4% des officines réalisent plus de 10% de leur chiffre d'affaires avec la parapharmacie et que 1% dépasse le seuil de 20%, pour une moyenne globale de 2% (**Biblio** (5) BERNARDET). Une simple extrapolation de ces chiffres montre que 90% du marché de la parapharmacie se concentre sur moins de 1 500 pharmacies.

Par exemple en 2008, 834 000 naissances ont eu lieu en France (source INSEE), mettant notre pays au premier rang européen des taux de fécondité. Une opportunité saisie par les groupements pour faire développer le marché bébé par leurs adhérents. (**Biblio** (25) ALBAN).

Recruter les jeunes femmes enceintes (bien conseillée elle reviendra pour son bébé), planifier les temps forts (avec tête de gondole, vitrines, offres promotionnelles, échantillons etc.), former et impliquer les équipes (sur la connaissance des pathologies de la peau de la femme enceinte, du bébé et de la jeune maman), faire des offres promotionnelles prix bien ciblées et ponctuelles, réaliser des ventes additionnelles (sur des produits complémentaires), développer les quantités achetées (grâce aux primes consommateurs proposées pour l'achat de 2 ou 3 produits), décorer les vitrines de manière événementielle, relayer l'animation dans le point de vente (une vitrine sans une mise en avant spéciale à l'intérieur ne sert à rien. Prévoir une tête de gondole ou un espace promotionnel dés l'entrée en zone « chaude » pour capter des clientes qui seraient acheteuses de produits en grande distribution), informer

l'équipe (sur les produits porteurs d'offres spéciales), être cohérent au niveau de l'offre (avec la remise de brochures informatives sur la manière d'éveiller son enfant, ses premiers pas, etc., car il ne doit pas s'agir que d'une opération de promotion), ce sont les 10 points clés pour réussir une animation et développer un marché pour améliorer sa rémunération (**Biblio** (25) ALBAN).

Même s'il est légitime de vouloir développer un marché encore faut il s'assurer de la rentabilité de l'opération. En 2009 le marché bébé en pharmacie représentait 60,7 millions d'€ (soit une moyenne de chiffre d'affaires mensuel de 224 € par pharmacie) soit le quart du marché bébé en GMS. Ce marché est présenté comme un marché à forte valeur ajoutée, alors que le prix de vente moyen des produits est de 7,20 € avec une marge des plus faibles, vu la concurrence régnante et la politique de remises nécessaires à son développement. (**Biblio** (25) ALBAN).

On voit bien à travers cet exemple que le développement d'un marché n'est possible que si l'emplacement de l'officine le permet, et que ce développement, s'il est possible, n'apporte pas automatiquement une amélioration de la rémunération du pharmacien surtout s'il se situe dans un marché concurrentiel.

La rémunération du pharmacien libéral peut varier d'une façon positive ou négative selon ses choix commerciaux.

7. Une rémunération complexe difficile à estimer.

La rémunération du pharmacien libéral dépend d'un nombre important de critères, suffisant pour rendre difficile son estimation.

« L'idée est de nous ouvrir à d'autres opportunités, d'imaginer des systèmes de rémunération qui ne dépendraient pas exclusivement de la marge commerciale réalisée sur des ventes, mais qui impliqueraient aussi que nous soyons payés pour la réalisation d'actes spécifiques de conseil ou d'accompagnement des patients ». (**Biblio** (26) BESSET).

« Les écarts se creusent et ceux qui essaient de bien faire leur métier sans céder aux sirènes d'un commercialisme à outrance s'en sortent relativement mal ». (**Biblio** (26) BESSET).

L'économie de l'officine est mise à mal, la marge de l'officine est en berne, en 2006 le taux de Marge Dégressive Lissée (MDL) a même enregistrée une variation négative de – 2,80% en valeur par rapport à 2005. Une situation inédite. Selon EUROSTAF, le taux moyen de marge commerciale est passé de 29,60% à 27,20% entre 1998 et 2006 enregistrant une baisse de 2,4 points en l'espace de huit ans. (**Biblio** (18) MOULLE).

De 1999 à 2004 la marge en valeur des spécialités remboursables a progressé en moyenne de 200 millions d'€ par an. (**Biblio** (8) DELAIR).

Le temps passé non rémunéré dans une entreprise se devant d'équilibrer ses comptes dans un marché décroissant est antiéconomique et sera catastrophique à court terme, la rémunération historique sur la boite ne suffisant plus. (**Biblio** (1) RIOLI).

Si toutes ces mesures, opportunistes et additionnelles au mécanisme de la Marge Dégressive Lissée (MDL) qui avaient pour objectif de contrôler et d'éviter une progression trop importante des marges et du bénéfice des pharmacies suite à une progression constante des volumes consommés et des coûts des médicaments remboursés, ont pu se justifier, elles sont aujourd'hui dépassées, très pénalisantes, déstructurantes voire dangereuses pour le réseau dans la mesure où l'évolution de la marge est historiquement devenue négative en raison d'une baisse globale des volumes. (**Biblio** (1) RIOLI).

Jean-Pierre Lamothe (FSPF[38]) insiste sur les disparités des officines, les plus importantes sont celles qui enregistrent les croissances les plus soutenues de leurs ventes : + 4,20% en 2006 pour les pharmacies de plus d'1,5 millions d'€, mais + 2,50% seulement pour celles faisant moins de huit cent milles €. Jean-Pierre Lamothe redoute que l'écart ne se creuse davantage dans les années à venir. (**Biblio** (18) MOULLE).

« L'effet structure », qui reflète la croissance liée à la vente de nouveaux produits souvent onéreux (taux MDL à 6% seulement), est le seul sur lequel les officines peuvent s'appuyer pour faire croître leurs marges sur les médicaments remboursables. Pour Jean-Pierre Lamothe, cet effet est non seulement insuffisant, mais il est par ailleurs évident que toutes les officines n'en bénéficieront pas de la même manière. (**Biblio** (18) MOULLE).

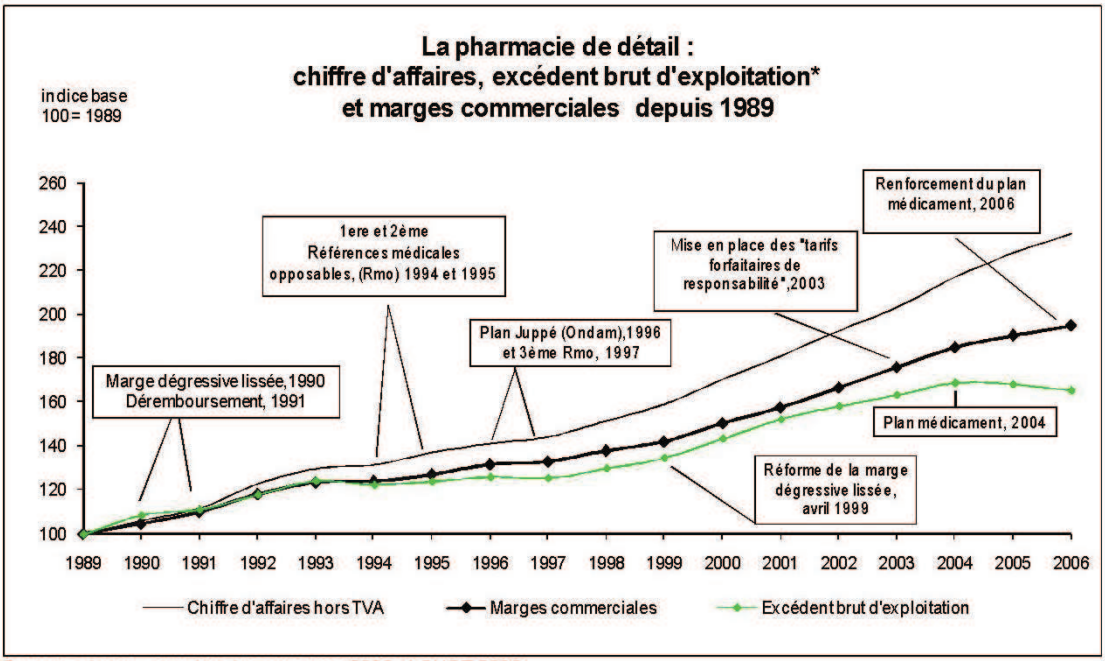
Claude Japhet relève que les faillites touchent surtout des pharmacies situées dans des grandes villes (80% des officines sont situées en zone urbaine) et soumises à une concurrence sévère émanant d'autres circuits de distribution sur la parapharmacie notamment. Cette dernière ne représente en moyenne que 4 à 5% des ventes des officines (2,60% en 2006 selon l'EAE[39]), mais elle bénéficie d'un niveau de marge libre et constitue donc un segment sur lequel il est possible d'améliorer sa rentabilité[40]. Selon lui, les officines qui tombent le rideau sont aussi caractérisées par des ventes OTC marginales, plus basses que la moyenne (l'automédication représente déjà une part relativement faible du chiffre d'affaires officinal moyen, autour de 6%[41]), la population les fréquentant n'y ayant quasiment pas recours. (**Biblio** (18) MOULLE).

Les baisses de marge et de volume des médicaments remboursés (80% du C.A de la pharmacie d'officine) fragilisent dangereusement l'équilibre économique du réseau officinal qui se trouve aujourd'hui en réelles difficultés financières. (**Biblio** (1) RIOLI).

[38] Fédération Française des Pharmaciens de France
[39] Enquête Annuelle auprès des Entreprises
[40] « *La parapharmacie est un secteur difficile où la faiblesse des marges rend la puissance d'achat déterminante* » (16)
[41] Malgré tout le C.A global OTC est bien supérieur au C.A global parapharmacie

Tableau n°8

Graphique 3 - Évolutions du CA, de l'EBE et des marges commerciales des officines



Sources : Insee, comptes du commerce 2006 et SUSE 2006.
* Pour les définitions : voir *encadré 3*.

Activité des officines et revenus des titulaires. Juillet 2009. Biblio (9)

Depuis 1990 la valeur de la marge commerciale n'a pas cessé de progresser, même si cette progression est déconnectée de celle du chiffre d'affaires. L'EBE global a progressé jusqu'en 2004, année ou il a commencé à se dégrader contrairement à la valeur de la marge commerciale qui a continué à progresser.

L'étude de la DREES n° 703 de septembre 2009 sur les revenus des pharmaciens (**Biblio** (9) COLLET), montre que les pharmaciens disposant des meilleurs revenus sont ceux qui exercent dans des régions où la dépense pharmaceutique par habitant est souvent plus faible que la moyenne nationale[42]. Au contraire les revenus les plus faibles se situent dans les régions où le fort niveau de dépenses pharmaceutiques individuelles ne compense pas l'effet de la concurrence induit par une densité d'officines élevée. (**Biblio** (9) COLLET).

De même c'est dans les unités urbaines de moins de 20 000 habitants que les revenus sont les plus élevés, parce que les pharmaciens exerçant dans des communes de petite taille bénéficient davantage du niveau élevé des dépenses par habitant (+ 40% par rapport à la moyenne nationale) qu'ils ne souffrent de la concurrence. (**Biblio** (9) COLLET).

Ces inégalités de revenus sont stables depuis 2001, sauf pour l'agglomération parisienne ou l'écart par rapport à la moyenne s'est réduit. (**Biblio** (9) COLLET).

[42] Voir tableaux pages 19 et 20

400 officines (soit 1,80% des officines) apparaissaient, en 2006, dans une situation financière déficitaire (contre 1% en 2001). Elles sont majoritairement situées, et surreprésentées par rapport à la répartition des officines par région, dans l'agglomération parisienne (19% d'entre elles), en région PACA (16%), dans les DOM (8%) et en Midi-Pyrénées (7%). (**Biblio** (9) COLLET).

La rémunération brute du pharmacien libéral est en constante augmentation du fait de l'augmentation régulière de la valeur des marges commerciales du médicament remboursable due à la MDL et qui représente les quatre cinquièmes du chiffre d'affaires global de l'officine (**Biblio** (9) COLLET). Ceci se traduit par une baisse régulière du taux de marge commerciale (effet de la MDL). (**Biblio** (9) COLLET).

Par contre la rémunération nette du pharmacien est en baisse (revenu en baisse de 0,60% par an de 2000 à 2006 en tenant compte de l'inflation) essentiellement depuis 2004[43] à cause de la baisse de l'EBE[44] provoquée par l'augmentation des charges de personnel (augmentation du nombre de postes de 1,60% par an, augmentation des salaires de 4% en moyenne par an). (**Biblio** (9) COLLET).

Cette augmentation des charges salariales est due à la politique commerciale prônée par la totalité des intervenants de la profession qui entraine une augmentation des ventes de produits à faible valeur ajoutée concomitamment à une augmentation de la valeur ajoutée des services offerts. Le chiffre d'affaires de la parapharmacie (3% du chiffre d'affaires global en 2008) a progressé de 30% entre 2001 et 2006. (**Biblio** (9) COLLET).

Le fait d'assimiler la MDL à une marge linéaire ne permet pas d'avoir une vision précise de la rémunération. Les éléments fournis par l'INSEE ou la DREES montrent que la valeur de la marge commerciale ne cesse d'augmenter depuis 20 ans alors que son taux baisse, ce qui va à l'encontre des affirmations de l'ensemble des représentants de la profession qui associent baisse de taux et baisse de valeur.

Le fait par exemple d'associer la rentabilité avec le niveau du chiffre d'affaires est contredit par les résultats fournis par l'INSEE[45] qui montrent que la moyenne des revenus des pharmaciens est plus faible quand la moyenne des chiffres d'affaires est plus élevé.

La rémunération est donc intimement liée au mode d'exercice du pharmacien.

[43] Voir graphique 3 : évolution du C.A, de l'EBE et des marges commerciales en officines
[44] Excédent Brut d'Exploitation
[45] Le calcul des revenus est déterminé à partir du Système Unifié de Statistiques d'Entreprises (SUSE). Ce fichier résulte de l'exploitation des déclarations fiscales des entreprises et des Enquêtes Annuelles d'Entreprises (EAE)

8. Rémunération, loi HPST et rapport Rioli.

La loi HPST en définissant de nouvelles missions, où en reconnaissant des missions régulièrement effectuées, place la profession sur une voie résolument libérale et pose clairement le problème de la rémunération du pharmacien.

Si le rapport RIOLI, approuvé par l'ensemble de la profession, tente d'apporter des propositions pour faire évoluer la rémunération du pharmacien vers une rémunération mixte associant marge commerciale et honoraires, il ne répond pas à la problématique des écarts de rémunération importants, relevé par l'INSEE et le DREES, entre pharmaciens.

Tableau n°9

Tableau 1 - Le revenu annuel brut d'un titulaire d'officine selon la catégorie juridique

Catégorie Juridique (CJ)	Nombre officines	CA HT moyen (en milliers d'euros)	Profit brut moyen avant impôt par officine (en milliers d'euros)* (a)	Nombre moyen de titulaires par officine (b)	Revenu moyen brut par titulaire (en milliers d'euros)* c = a / b
Entreprises Individuelles	12384	1232	144	1,01	143
Sociétés	9627	1698	183	1,58	116
Entreprise Unipersonnelle	*2072*	*1448*	*137*	*1,01*	*136*
*Société d'Exercice Libéral***	*2060*	*1841*	*127*	*1,48*	*86*
Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)	*5495*	*1738*	*222*	*1,83*	*121*
Toutes CJ confondues	***22011***	***1436***	***161***	***1,27***	***127***
Toutes CJ confondues HORS SEL	**19951**	**1394**	**165**	**1,25**	**132**

Sources : SUSE 2006, ADELI 2006.
Champ : Officines ayant déclaré une activité complète en 2006.
* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie ainsi que ses cotisations personnelles.
** On rappelle qu'il s'agit là d'une estimation minorée car n'intégrant pas les dividendes.
Les titulaires des SEL imposés sur le revenu perçoivent en moyenne 132 000 euros par an.

Activité des officines et revenus des titulaires. Juillet 2009. Biblio (9)

Tableau n°10

Tableau 3 - Les revenus bruts moyens des titulaires d'officine entre 2001 et 2006

	Revenus bruts* (en milliers d'euros et en euros courants)		Taux de croissance (en %)			
			Entre 2001 et 2006		Annuel moyen	
Catégorie Juridique (CJ)	2001	2006	En euros courants	En euros constants	En euros courants	En euros constants
Entreprises Individuelles	132,3	143,0	8,1%	-1,6%	1,6%	-0,3%
Sociétés	111,9	116,0	3,7%		0,7%	
Entreprise Unipersonnelle	138,1	135,9	-1,6%	-10,5%	-0,3%	-2,2%
*Société d'Exercice Libéral***	96,5	85,8	-11,0%	-19,1%	-2,3%	-4,1%
Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)	107,5	121,0	12,6%	2,4%	2,4%	0,5%
Toutes CJ confondues	***121,5***	***126,5***	***4,1%***	***-5,3%***	***0,8%***	***-1,1%***
Toutes CJ confondues HORS SEL	**123,8**	**132,3**	**6,8%**	**-2,8%**	**1,3%**	**-0,6%**

Sources : SUSE, ADELI.
Champ : Officines ayant déclaré une activité complète sur l'année considérée.
Note : Les chiffres présentés ici sont des résultats arrondis à 1 chiffre après la virgule.
* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie ainsi que ses cotisations personnelles.
** Estimation fortement minorée car n'intégrant pas les dividendes.

Activité des officines et revenus des titulaires. Juillet 2009. Biblio (9)

Que ce soit en montant ou en évolution la rémunération du pharmacien libéral est très disparate, et si, comme il est précisé dans le rapport RIOLI, les modifications de rémunération doivent se faire à enveloppe constante, une éventuelle redistribution de la valeur ajoutée pourrait se faire au détriment des pharmaciens disposant des rémunérations les plus fortes. Cela veut dire, en tenant compte des études INSEE et DREES, que ce pourrait être les pharmaciens réalisant des chiffres d'affaires faibles ou moyens qui risquent d'être pénalisés si les scénarii du rapport RIOLI étaient mal maitrisés.

La complexité de la rémunération actuelle du pharmacien libéral, résultat d'un mélange entre stratégie commerciale et libérale, ne permet pas actuellement de pouvoir dégager une solution permettant de respecter l'équilibre existant en termes de revenus.

Il serait peut être nécessaire de trouver un consensus sur un mode d'exercice unitaire de façon à pouvoir dégager un mode de rémunération respectant l'indépendance du professionnel libéral.

Depuis l'ouverture du monopole en 1988, la profession est entrainée vers un modèle économique basée sur des stratégies commerciales proposées par l'ensemble des intervenants économiques de notre profession.

La loi HPST en apportant un caractère libéral fort, ne pourra être efficace que si le modèle économique commercial actuel est abandonné sauf s'il est démontré qu'il apporte la meilleure rémunération actuellement.

C'est la réponse que va tenter d'apporter cette thèse.

2éme partie :

Matériel et méthodes

Contexte d'exercice et évolution.

Les circonstances de vie privée ont fait que nous nous sommes retrouvés dans l'obligation de redémarrer notre vie professionnelle à l'âge de 47 ans. Ne disposant d'aucun apport, nous avons pu racheter une officine par l'intermédiaire d'une SELARL[46].

Nous avons racheté une officine située dans un quartier de Fontaine (Isère). Depuis 10 ans le chiffre d'affaires a été développé en s'appuyant sur une démarche essentiellement libérale, respectant ainsi quasiment à la lettre l'argumentation de l'avocat général Yves BOT : *« Un pharmacien qui est propriétaire de sa pharmacie est financièrement indépendant, ce qui garantit le libre exercice de sa profession.* ***Un tel pharmacien ayant la pleine maitrise de son outil de travail peut dés lors exercer sa profession avec l'indépendance qui caractérise les professions libérales****. Il est tout à la fois un chef d'entreprise proche des réalités économiques, qui sont liées à la gestion de sa pharmacie, et un professionnel de santé qui est soucieux d'équilibrer ses impératifs économiques avec des considérations de santé publique, ce qui le différencie d'un pur investisseur. ». (***Biblio** (2) *BOT)*

Le développement s'est passé en 2 temps : de juillet 1999 à juillet 2004 et de juillet 2004 à aujourd'hui, la charnière correspondant à la rénovation complète de l'officine. Pendant 10 ans l'économie de l'officine a été suivie très précisément, tout particulièrement depuis la préparation des travaux. Nous avons pu ainsi décrypter et comprendre très précisément l'influence de l'image donnée et de la démarche suivie sur notre économie.

Notre exposé suivra l'historique de notre évolution et sera scindé en plusieurs parties :

- La période pré travaux : mise en place d'une stratégie et évolution
- La période travaux : réflexion, stratégie, choix d'indicateurs pertinents et transformations
- La période post travaux : analyse de l'évolution de chiffre d'affaires, suivi de la cohérence de la démarche qualité avec la progression.
- Synthèse – mécanique économique

[46] Société d'Economie Libérale A Responsabilité Limitée

A. 1999 – 2004 : doublement du chiffre d'affaires.

Après quelques mois de recherche notre choix s'est porté sur une petite officine d'un quartier de Fontaine réalisant 410 000 € de chiffre d'affaires TTC.

1. Les raisons d'un choix.

Souhaitant emprunter la totalité de l'investissement, la SELARL « Pharmacie Folco » a donc contracté un emprunt de 420 000 € correspondant au prix du fond (350 000 € soit 85% du C.A TTC), aux droits de mutation (35 000 €), au coût d'un petit réaménagement nécessaire pour intégrer l'informatique (7 600 €) et d'un petit fond de roulement (pour 27 400 €). La limite d'investissement que nous nous étions fixé avec mon associé était de 460 000 €.

a. Un achat ciblé

Notre choix s'est porté sur cette petite officine de quartier parce que sa titulaire désirait vendre depuis plusieurs années pour partir en retraite et que son chiffre d'affaires stagnait. Ce type d'officine correspond à ce que l'on appelle une première installation, vu la modicité (relative) de son chiffre d'affaires. Ne souhaitant pas passer par une agence de transaction, la titulaire a vu défiler un nombre conséquent de jeunes diplômés qui ne donnaient pas suite, le plus souvent parce que leur conseil les dissuadait d'acheter une officine ayant, selon eux, un avenir des plus incertain.

a.1. L'emplacement

Située dans une petite rue, la pharmacie en est le seul « commerce ». Pas de passage de transport en commun, pas de passage de piétons à cause de l'absence de trottoir, la pharmacie est située de plus en retrait d'un immeuble qui la cache. Un marché situé à 200 mètres permet une petite animation 3 matinées par semaine.

L'environnement médical est éparpillé sur toute la commune, le premier médecin est situé à 300 mètres de l'officine. La commune dispose de 9 pharmacies dont la plus proche se situe aussi à 300 mètres, à coté d'un cabinet médical.

a.2. L'espace pharmacie

L'espace de vente de la pharmacie fait 15 m2 sur une surface totale de 85 m2. Cet espace est encombré par une immense plante verte, les meubles de présentation portent des produits clairsemés, l'éclairage est très faible. Tenue par la titulaire depuis sa création il y a 35 ans, l'officine n'a subit aucune transformation.

a.3. L'économie

Une analyse du bilan associé à des discussions avec la titulaire nous a permis de déterminer le potentiel de développement de l'officine.

- La marge commerciale était élevée (prés de 30%), ce qui signifiait la vente d'un nombre important de médicaments remboursables possédant un taux de marge élevé. La faiblesse du stock montrait que la titulaire évitait de stocker les produits trop onéreux, préférant les commander à chaque dispensation et faire revenir le patient (confirmer après interrogation du titulaire). L'association du taux de marge bilan élevé avec la faiblesse du stock montrait clairement que l'officine ne pouvait pas faire face à la dispensation en totalité d'ordonnances concernant les Affections Longue Durée.
- La qualité de service était par conséquent déficiente : l'officine ne pouvait pas servir plus de 20% des ordonnances complètement.
- Le tiers payant était très mal organisé à cause d'un système informatique sous dimensionné, un seul ordinateur, pas de télétransmission.
- L'espace de ventes ne présentait que quelques produits de parapharmacie avec une fiche de stock tenu avec un élastique
- L'accueil n'était pas toujours au niveau souhaitable

b. Une stratégie de développement adaptée.

Aucune modification complète de l'environnement n'étant prévu à la reprise, le développement devait donc reposer sur la seule modification de l'image de l'espace de ventes et la mise en place d'une démarche qualité.

Une officine de quartier ne répondant pas aux critères de développement communément retenus par les pharmaciens[47], nous avons donc décidé de mettre en place une démarche qualité visant essentiellement à rétablir une qualité de service irréprochable permettant de corriger les défauts relevés avant la prise de possession.

Souhaitant marquer dés le premier jour notre différence avec le titulaire précédent, notre stratégie a été mise en place immédiatement.

b.1 Matériel

L'officine étant fermée le lundi, nous avons consacré cette journée à la modification de l'espace d'accueil.

- Changement et déplacement des comptoirs, les comptoirs existants ne permettant pas l'intégration du système informatique devant assurer la gestion complète de l'entreprise. Rajout de mobilier permettant à la fois d'augmenter la présentation des produits et de masquer la vue sur le rangement en épi des médicaments.
- Mise en place d'un éclairage performant permettant d'apporter une clarté sur les produits exposés
- Installation de l'informatique : 5 postes dont 3 pour la zone vente, 1 pour la zone déballage et 1 pour le bureau servant de poste administratif. Le logiciel retenu permet une gestion complète de l'officine, ce qui grâce à la connaissance parfaite

[47] La plupart du temps les stratégies de développement reposent essentiellement sur une approche commerciale avec la mise en avant et l'élargissement de l'offre produits.

que nous avons de son fonctionnement va nous permettre de nous en servir comme support de la démarche qualité que nous allons mettre en place.

b.2 Méthode

La gestion complète d'une officine par informatique demande une rigueur qui nous a permis de mettre en place rapidement une démarche qualité visant avant tout à la satisfaction des patients. Cela nous a demandé aussi une remise en cause de la vision commerciale que l'on peut avoir de notre métier.

La démarche a été définie en tenant compte de certains principes de la norme ISO 2001.

b.2.1 Orientation patient

En relevant les différents manquements à la qualité de service du titulaire précédent, nous étions à même de comprendre les besoins présents et futurs des patients fréquentant l'officine, de satisfaire leurs exigences et d'essayer d'aller au devant de leur attentes.

Axée sur la satisfaction du malade, la démarche qualité devait se démarquer nettement de la démarche précédente en communiquant clairement sur les choix retenus. Mise en place d'une prise en charge du patient permettant de susciter des questions et l'écoute, d'un plan de communication permettant d'expliquer la démarche. Dans un premier temps la mesure de satisfaction des patients se résumera à la constatation de l'évolution positive du chiffre d'affaires.

B.2.2 pharmacien libéral : ordonnateur d'une démarche libérale, guide, inspirateur et formateur.

L'exercice du pharmacien professionnel de santé est un exercice libéral personnel. Les objectifs de notre démarche visaient avant tout de permettre la meilleure prise en charge des malades.

La modification de l'espace d'accueil permettant de renouveler l'image de l'officine, l'informatisation totale de l'officine permet de créer un environnement interne dans lequel l'équipe officinale peut s'impliquer pleinement dans la réalisation des objectifs que nous nous sommes fixés.

Le logiciel informatique intégré nous a permis de mettre en place une procédure unique de prise en charge des patients respectant l'éthique et la déontologie, la communication variant selon leur pathologie ou leur fidélité.

L'objectif principal de notre démarche étant la satisfaction du malade porteur d'ordonnances, elle se décline comme suit :

- Mise en place immédiate d'une gestion de stock permettant de limiter les produits dus. La faiblesse du stock de départ oblige à communiquer avec le patient pour lui expliquer les causes des ruptures et donc reconnaitre ses erreurs quand il y en a. S'engager à ne pas renouveler l'erreur.
- Veiller à stocker les produits en quantité suffisante pour honorer toutes les prescriptions en adaptant si besoin l'algorithme de commande. Stocker

systématiquement tous les produits nouveaux prescrits avec renouvellement. Communiquer avec le malade sur ce sujet.

- Prendre en charge et régler immédiatement tous les problèmes administratifs (tiers payant entre autre), le titulaire précédent ne disposant pas d'une informatique suffisante pour assurer ces services.
- Tenir compte du fait que la dispense d'avance permet de communiquer d'une façon objective avec le malade et qu'il est venu pour se soigner et non pour dépenser. Commentaires d'ordonnances systématiques avec un contrôle d'observance et un rappel de posologie. Reprendre la totalité de l'observance dans le cas d'une modification de traitement ou de posologie. Communiquer sur le fait du contrôle automatique des interactions sur la totalité des médicaments pris à l'officine.
- Communiquer sous forme écrite sur les modifications touchant la dispensation, pour susciter le dialogue (génériques, carte vitale, déremboursements ou modification de remboursement).
- Unicité de la démarche qui s'impose à toute l'équipe, l'exercice du pharmacien étant personnel. Des limites étant posées, seul le titulaire peut décider de les franchir.
- Prendre le temps nécessaire à la bonne compréhension de son traitement par le malade.
- Le bon fonctionnement de la démarche impose la bonne connaissance par le titulaire de tous les aspects de la gestion officinale de façon à ne pas nuire à la cohérence du fonctionnement de l'officine

Une formation interne a été effectuée par nos soins pour la liaison entre l'utilisation du logiciel et la démarche qualité mise en place. Le logiciel informatique sert de support à la démarche et nous a évité de passer par des procédures écrites.

Cette formation contenait un plan de communication visant à expliquer le sens de la démarche à la clientèle, permettant ainsi de conforter le malade dans le cas d'un problème surgissant lors de sa prise en charge. Cette communication permet ainsi de cibler le discours en fonction du malade. Il est évident que le discours ne peut pas être le même pour un nouveau malade qui découvre l'officine que pour celui qui est fidèle depuis plusieurs années.

Cette communication est évolutive et tient compte des éléments nouveaux modifiant la qualité de prise en charge.

Par exemple, les différents partenariats commerciaux doivent être dictés plus par le renforcement de la démarche et l'intérêt du malade que par l'augmentation des remises. Ainsi sur notre politique de génériques, notre choix s'est porté immédiatement sur un laboratoire leader nous permettant une continuité dans la délivrance des molécules et d'éviter la perte de crédibilité que constitue le fait de changer de packaging tous les 3 ou 4 mois pour un malade qui vient 12 fois par ans. Au bout de 10 ans ce fabricant de génériques est toujours leader dans mon officine.

b.2.3 Implication du personnel

En instituant une démarche nouvelle s'appuyant sur logiciel informatique, l'implication du personnel est nécessaire du fait que toutes les procédures passent obligatoirement par le système informatique.

La formation au fonctionnement du logiciel étant assurée par nos soins, cela à permis de responsabiliser l'équipe[48] pour l'application de la démarche. En ne mettant aucune pression commerciale quelconque sur leur activité, l'implication de l'équipe dans la marche de l'entreprise est plus forte.

En responsabilisant le personnel, notre volonté était de susciter des remarques de sa part pour améliorer les processus de la démarche, ce qui a toujours été le cas depuis la reprise de l'officine.

b.2.4 Achats et fournisseurs

Les relations avec les fournisseurs sont définies essentiellement par leur apport dans l'amélioration de la démarche mise en place dans l'officine. Ainsi un répartiteur sera choisi plus pour la qualité de son service et sa proximité que par le niveau de remises proposé. De même les achats aux laboratoires proposant des médicaments vignetés seront limités pour assurer du flux au répartiteur.

[48] 1 préparatrice et 1 apprentie

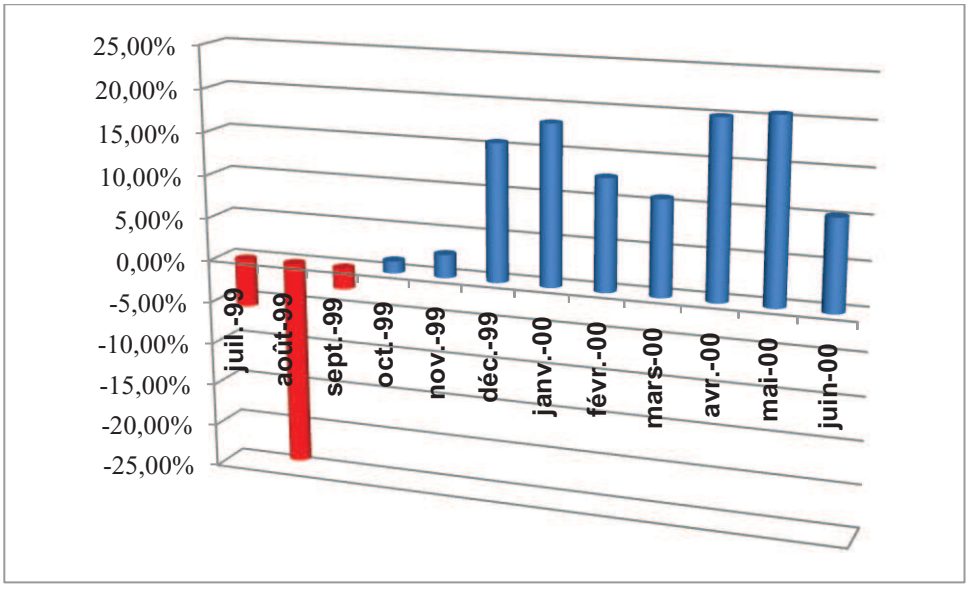
2. Application et évolution

a. Première année

L'application stricte de cette démarche n'a porté ses fruits qu'après 6 mois d'exploitation, la moyenne mensuelle ne commençant à augmenter significativement qu'à partir de décembre 1999. Ne disposant pas des chiffres de mon prédécesseur, la comparaison mensuelle se fait par rapport au chiffre d'affaires annuel divisé par 12[49].

La première année l'augmentation est supérieure à 16% en tenant compte que la pharmacie n'a pas fermée en août comme habituellement.

Tableau n°11



Progression C.A mensuel juillet 1999 – Juin 2000 (J.P Folco 2010)

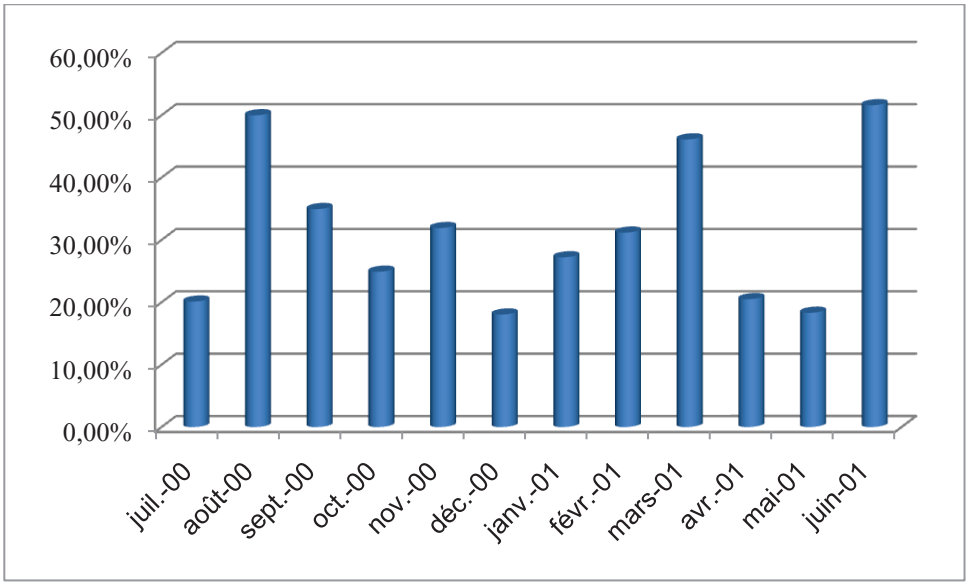
Le tableau ci-dessus montre que les 3 premiers mois sont négatifs par rapport au chiffre d'affaires moyen de mon prédécesseur. Le mois d'août n'étant pas significatif puisque la pharmacie était fermée précédemment pour cette période.

La mise en place d'une démarche libérale met du temps pour donner des résultats significatifs puisqu'elle repose sur l'acquisition d'une notoriété basée sur la connaissance des compétences développées par l'équipe officinale. Cette notoriété se développe essentiellement par le bouche à oreille, la zone de chalandise d'une pharmacie de quartier étant réduite du fait de la loi de répartition géographique.

[49] En fait par 11 puisque la pharmacie fermait tous les mois d'août

b. Deuxième année

Tableau n°12



Progression C.A juillet 2000 – juin 2001 (J.P Folco 2010)

La deuxième année la progression du chiffre d'affaires s'est accélérée, pour atteindre plus de 30% (+ 30,62%).

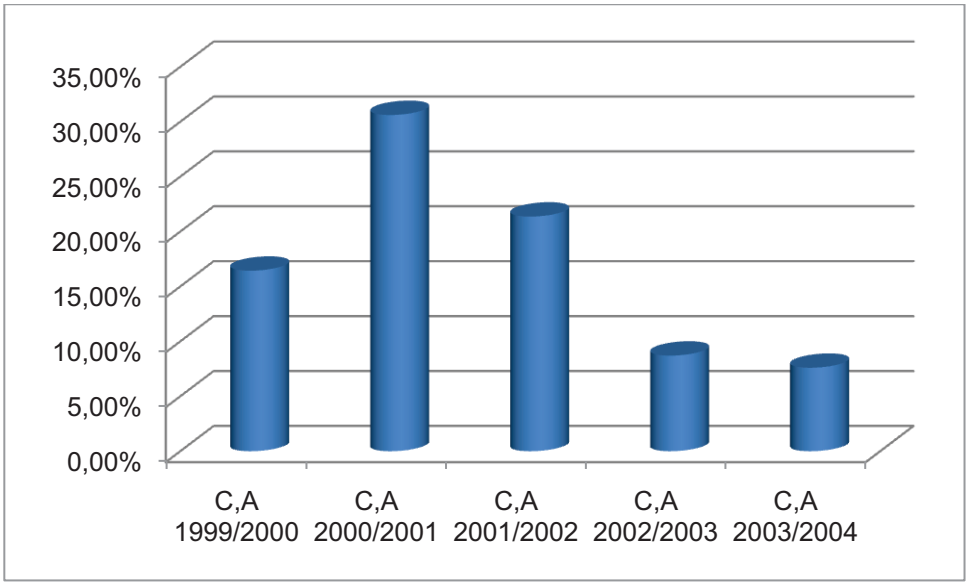
Cette progression s'explique par la qualité de la prise en charge des malades, qui a gommé l'image négative de notre prédécesseur en termes de communication surtout. La notoriété a commencé à jouer à plein, faisant revenir une clientèle qui avait déserté l'officine essentiellement parce que la dispensation n'était que rarement assurée complètement à cause d'un stock trop faible en produits vignetés. À titre d'exemple aucune ordonnance de diabétique type 1 ne pouvait être délivrée immédiatement du fait qu'aucune insuline n'était stockée à l'officine.

Le fait d'axer sa démarche qualité sur la prise en charge optimum des malades, se traduit par une augmentation significative des patients attirés par la notoriété acquise par la mise en avant des compétences de professionnel de santé de l'équipe officinale.

La qualité de prise en charge ne débouchant pas, dans le cadre de la dispensation d'une ordonnance, sur le règlement d'une prestation, il s'établit une relation de confiance entre le malade et l'équipe officinale puisque, pour lui, les conseils prodigués sont désintéressés. La généralisation du tiers payant a permis d'établir un vrai contact avec le malade en rendant nos conseils « gratuits ».

c. 5 ans de progression.

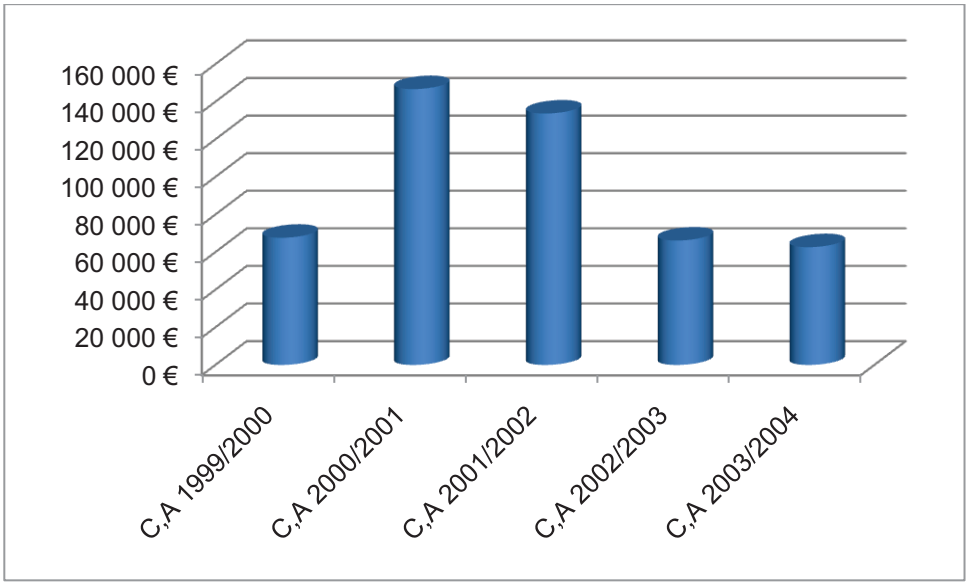
Tableau n°13



Progression C.A annuelle en % de 1999 à 2004 (J.P Folco 2010)

Après 5 ans la progression du chiffre d'affaires est de 114%, passant de 410 000 € TTC à 880 000 € TTC. Après une augmentation de 16,44% la première année, les progressions ont été de 30,62%, puis de 21,37%, puis de 8,71%, puis de 7,90% la cinquième année. Même si les taux de pourcentage d'augmentation semblent montrer une diminution dans la progression, il n'en est pas de même si l'on regarde les progressions en valeur.

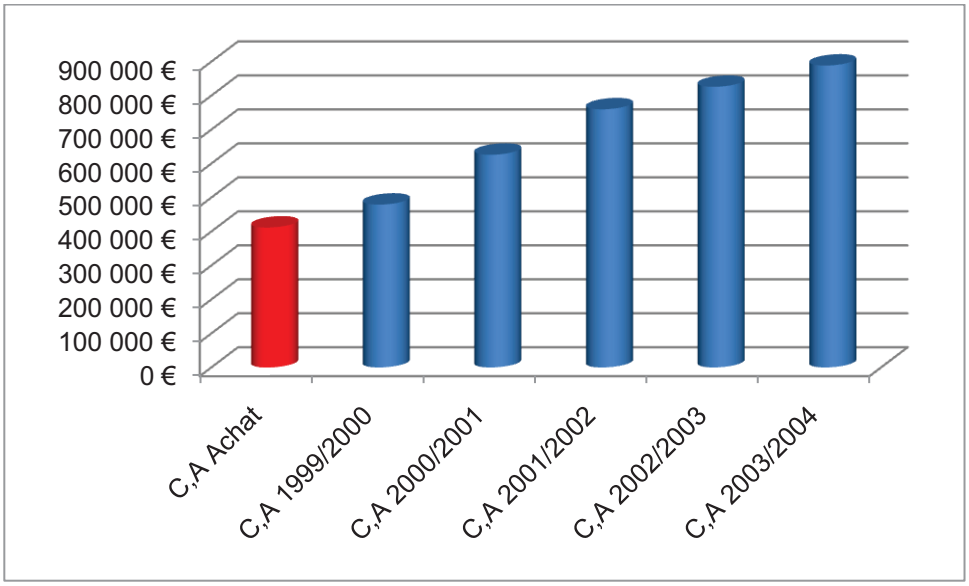
Tableau n°14



Progression C.A annuelle en € de 1999 à 2004 (J.P Folco 2010)

Trois années sur cinq la progression en valeur a été quasiment identique, ce qui montre le caractère régulier d'une progression s'appuyant sur une démarche qualité de type libéral et démontrant les compétences professionnelles de l'équipe officinale.

Tableau n°15



Evolution chiffre d'affaires de 1999 à 2004 (J.P Folco 2010)

L'évolution du chiffre d'affaires sur les 5 ans est quasiment linéaire.

Cette augmentation a été possible par la combinaison entre l'augmentation de la fréquentation (prés de 50% de plus en 5 ans) et l'augmentation du panier moyen client (prés de 50% aussi). La fréquentation est ainsi passée d'une moyenne d'environ 50 clients jours à une moyenne atteignant les 75 clients jours tandis que le panier moyen client passait de 30 € à prés de 45 €.

Les plages horaires n'ayant été que très peu modifiées (de 37 heures par semaine à 45 heures sur 5 jours), l'environnement commercial n'ayant pas changé (seul « commerce » de la rue), l'environnement médical n'ayant pas changé (le premier cabinet médical se situe a prés de 300 mètres), l'environnement pharmaceutique n'ayant pas non plus changé (4 pharmacies dans un périmètre de 300 mètres), la pharmacie n'ayant subie aucune transformation, le constat était d'en déduire que c'était bien notre démarche qui était le moteur essentiel de cette augmentation.

Dés la quatrième année la question du réaménagement de notre officine a commencé à se poser, la croissance continue du chiffre d'affaires faisait que notre surface de vente (15 m2) pouvait devenir un obstacle au développement.

B. 2004, année des travaux. Une transformation calculée pour un développement maitrisé.

Dans le cheminement classique du parcours professionnel d'un pharmacien libéral français, la réalisation d'une plus value commerciale en vendant son fond, pour acheter une officine de taille plus importante, est l'option généralement suivie.

Cette vision capitalistique, si elle ne répond pas tout à fait au contenu des conclusions d'Yves BOT (**Biblio** (2)), repose sur une théorie, propre à la profession, qui associerait la rentabilité d'une officine avec le niveau de son chiffre d'affaires. Cette théorie est battue en brèche par les fichiers du SUSE[50] (voir tableaux n°3,4 et 5).

Souhaitant privilégier la qualité de vie (5 jours d'ouvertures par semaine), la progression régulière de notre chiffre d'affaires et de notre revenu nous a renforcés dans la certitude qu'il n'y avait aucune raison de ne pas continuer à développer notre officine.

1. La réflexion

Réaliser une transformation se révèle relativement complexe car cela demande une analyse très fine de la fréquentation car c'est elle qui conditionne le niveau de rémunération, et de la démarche qualité pour maintenir le ciblage existant. Il est évident que ce n'est pas une obligation si l'on privilégie l'augmentation du chiffre d'affaires pour la valeur capitalistique qui en découle, au détriment de l'économie officinale.

La simple consultation de la communication des différents agenceurs spécialisés présents sur le marché, montre que tous les projets reposent essentiellement sur le principe d'augmentation de trafic en améliorant l'exposition et le référencement de l'offre produits.

Le principal problème d'une augmentation de trafic pour une activité commerciale reposant sur la vente de produits possédant une grande disparité dans les prix, est que le ciblage de la clientèle s'élargit avec pour conséquence une diminution du panier moyen client. Le développement passe automatiquement par un élargissement de l'offre commerciale, développement contrarié par la concurrence qui entraine une baisse de la valeur ajoutée moyenne des produits vendus.

L'officine n'échappe pas à ce principe. Par ailleurs baser un développement de chiffre d'affaires sur une augmentation de trafic pour une officine de quartier est difficile par le simple fait que le chaland est limité par la répartition géographique.

Souhaitant conserver notre indépendance de professionnel de santé et ne pas dépendre d'éléments que nous n'aurions pas pu maitriser, nous avons abandonné l'idée de passer par un agenceur spécialisé en officines.

[50] Système Unifié de Statistiques d'Entreprises

Appartenant à un groupement depuis 1978[51], nous nous sommes tourné vers lui parce qu'il démarrait une politique d'enseigne. Malheureusement ce qui nous était proposé n'était qu'une version colorée des principes prônés par les agenceurs spécialisés.

Nous avons pu que constater qu'il n'existe pas de concept permettant de se développer sur un principe d'exercice libéral, aussi bien pour la démarche qualité que pour l'agencement du lieu d'exercice.

Cette constatation nous a donc obligé à réfléchir sur les principes guidant notre démarche qualité pour concevoir un environnement correspondant à l'image dégagée par cette démarche. Partant du principe que pharmacien était un métier, l'image que nous souhaitions donner était celle de notre métier. Nos recherches se sont donc tournées vers des professionnels exerçant un métier dépendant de consommateurs et possédant un fonds de commerce, et de voir ceux qui donnaient une image représentative de leur exercice.

Nous avons donc décidé d'associer à notre réflexion un agenceur spécialisé dans des agencements aussi divers que coiffeurs, parfumeurs ou bien boulanger pour élaborer notre futur environnement en fonction d'un cahier des charges préétabli à l'avance

Durant cette période de réflexion, la lecture d'un article du Moniteur des Pharmacies parlant d'un nouveau concept mis en place par un grossiste répartiteur[52], et la prise de contact qui s'en est suivie, nous a permis de visualiser ce que nous souhaitions donner comme image de notre officine et surtout qu'un réseau de pharmacie se créait sur la corrélation entre l'image donnée et la démarche pratiquée par le pharmacien.

Le concept étant mis en place sur la base d'une étude géomarketing de la zone de chalandise, associée à un baromètre satisfaction de la clientèle, nous avons décidé d'adhérer au concept car cela nous permettrait d'avoir une idée très précise de la façon dont était structuré notre chiffre d'affaires et d'apprécier notre démarche qualité par la mesure de la satisfaction clientèle.

Désirant prioritairement que les transformations n'affectent pas la productivité de l'officine, les analyses de notre chiffre d'affaires avant travaux devaient permettre de trouver des critères pertinents sur lesquels reposeraient le contrôle de l'évolution future de notre chiffre d'affaires, les critères encore retenus actuellement (taux de TVA, volumes de ventes, taux de marges, etc.), ne permettant pas d'avoir une idée précise du résultat d'une démarche qualité volontariste. La création d'un tableau de bord cohérent s'appuyant sur les résultats de l'étude géomarketing et du baromètre satisfaction s'imposait.

[51] GIPHAR, premier groupement français
[52] Alphega créé par Alliance Healthcare

2. Le projet, méthodologie.

a. L'étude géomarketing

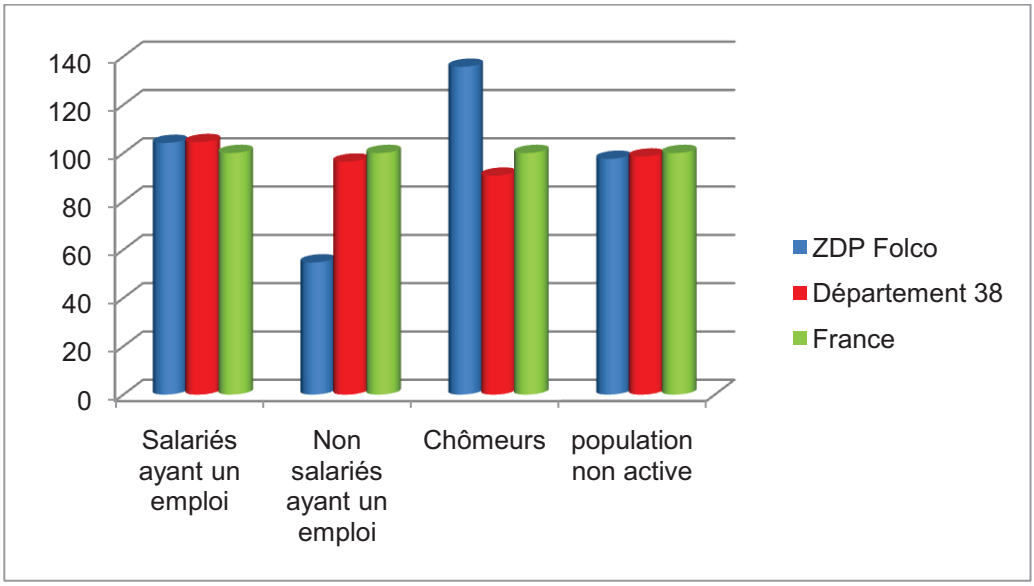
Basée sur les données médicales et sociodémographiques INSEE de notre zone de proximité, cette analyse géomarketing décrit les habitants de la zone[53].

Cette étude révèle une très forte concurrence en termes de pharmacie dans notre zone de proximité avec 1 pharmacie pour 1 374 habitants (pour 1 pharmacie pour 2 700 dans le département). L'environnement médical avec 1 médecin pour 1 099 habitants est dans la moyenne départementale.

A l'époque de cette étude la consommation pharmaceutique est de 414 € par ménage et par an pour ma zone.

La zone est sous représentée en cadres[54] alors qu'elle est sur représentée en ouvriers[55].

Tableau n°16

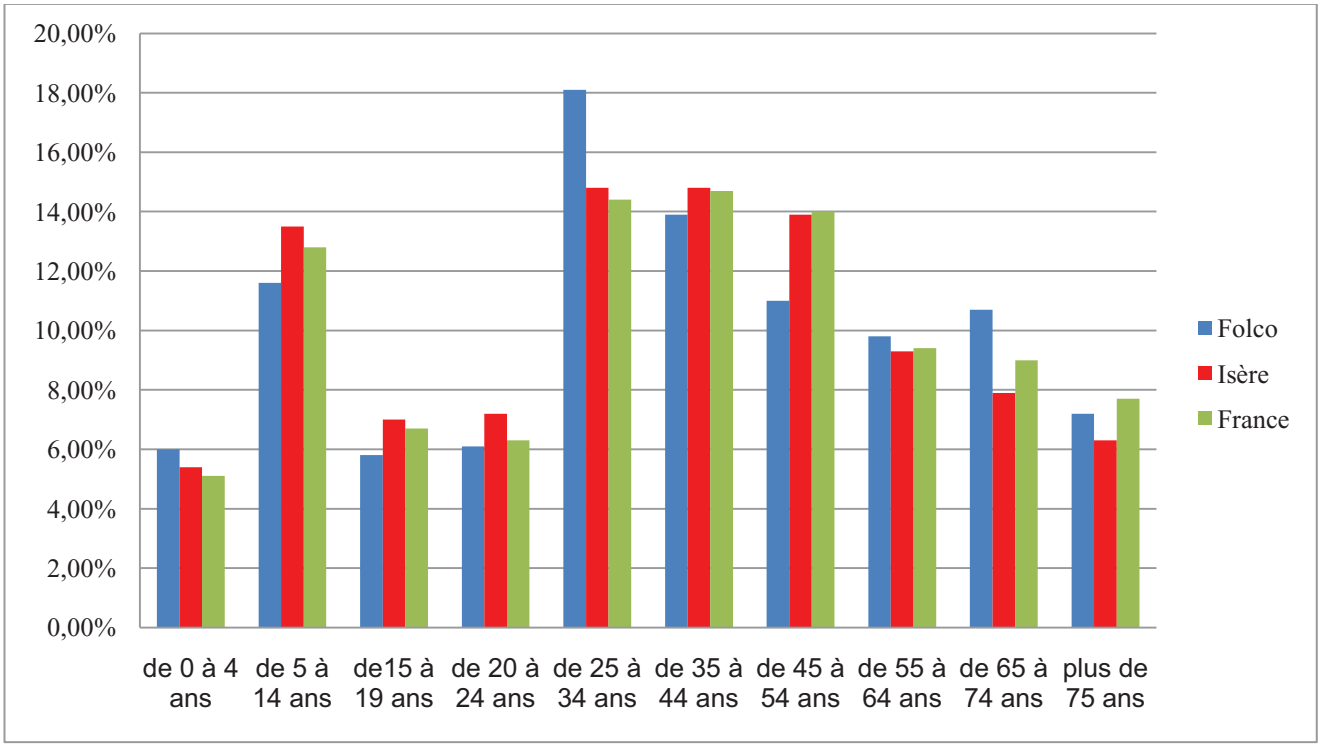


Etude géomarketing Alphega 2002

La zone de proximité se caractérise par la faible présence de non salariés ayant un emploi (artisans, indépendants, etc.) et a contrario elle est sur représentée en termes de chômeurs.

[53] Voir ANNEXE IV
[54] 5,10% contre 9,60% pour la France et 11% pour le département
[55] 24,30% contre 19,40% pour la France et 20% pour le département

Tableau n°17



Etude géomarketing Alphega 2002

L'analyse par tranche d'âge montre que la zone de proximité est sur représentée en enfants de moins de 5 ans, en personnes de 25 à 34 ans et en personnes âgées de 65 à 74 ans, mais aussi une sous représentation de la tranche d'âge 45 à 54 ans.

Il ressort de cette analyse par tranche d'âge que le département de l'Isère est plus jeune que la France et que notre zone de proximité possède par contre un pourcentage de personnes de plus de 55 ans plus proche de la moyenne France que de la moyenne du département.

En mettant en parallèle cette étude géomarketing avec nos relevés statistiques Pharmastat et Santestat, nous souhaitions établir un profil type de patient à cibler et adapter si besoin notre démarche qualité[56].

D'autre part ma pharmacie se situe au centre de la zone, qui est partagée par 8 autres pharmacies.

[56] Voir paragraphe tableau de bord

b. Baromètre de satisfaction.

Le baromètre satisfaction clientèle est un élément important à la fois dans la compréhension et l'élaboration d'une démarche qualité. Il donne aussi des indications précieuses pour l'aménagement des futurs locaux[57].

Ayant basé notre stratégie de développement sur une démarche qualité précise, ce baromètre nous a permis de connaitre la mesure de la satisfaction clientèle. Ainsi notre démarche insistait sur le fait de réduire le nombre de produits dus. Sur le critère de disponibilité des médicaments avec ordonnance, des médicaments sans ordonnance, des produits autres que des médicaments et la disponibilité des médicaments génériques une moyenne de 60% des clients interrogés ont jugé excellent cette disponibilité[58] alors que la moyenne des pharmacies jugées atteint 34%.

Notre démarche insiste aussi sur la qualité de la communication et le suivi précis des malades chroniques en insistant par exemple sur l'observance. Ainsi :

- 55% des personnes interrogées ont trouvé excellente la compétence de l'équipe officinale (48% pour la moyenne des pharmacies),
- 55% des personnes interrogées ont trouvé excellente la connaissance des produits par l'équipe officinale (46% pour la moyenne des pharmacies)
- 53% des personnes interrogées ont trouvé excellente l'information sur la posologie et les produits (45% pour la moyenne des pharmacies)
- 53% des personnes interrogées ont trouvé excellente la capacité d'écoute de l'équipe officinale (47% pour la moyenne des pharmacies)
- 53% des personnes interrogées ont trouvé que l'équipe officinale conseillait de manière objective (45% pour la moyenne des pharmacies)
- 52% des personnes interrogées trouvent efficace les médicaments conseillés (42% pour la moyenne des pharmacies)

En termes d'accueil, d'attention, d'amabilité et de reconnaissance du client, le niveau de satisfaction est proche des 60% d'excellent.

98% des personnes déclarant fréquenter notre officine essentiellement pour la dispensation de médicaments[59], notre démarche qualité s'en est trouvée validée de fait.

Les scores obtenus sur les éléments extérieurs comme la visibilité, la facilité d'accès ou l'attractivité de la vitrine sont largement inférieurs à la moyenne des pharmacies et renforce encore le fait que l'augmentation de notre chiffre d'affaires est bien due à la qualité de service de l'équipe officinale.

Les scores obtenus sur l'aménagement intérieur sont tous inférieurs aux scores obtenus par la moyenne des pharmacies sauf sur la lisibilité des prix et s'ils confirment la nécessité d'effectuer des travaux, ils indiquent aussi que la progression de notre chiffre d'affaires n'a

[57] Voir ANNEXE V
[58] Respectivement 61%, 61%, 56%, 61%
[59] 78% pour les ordonnances

pas de corrélation avec l'aménagement de l'espace, puisqu'aucune modification quelconque n'est intervenue pendant 5 ans.

Toutes les transformations de commerce amènent une augmentation de fréquentation grâce principalement à la modification de l'image. Pour beaucoup de personnes la modification de l'image leur fait découvrir l'existence d'un commerce devant lequel ils passaient tous les jours sans le remarquer.

Comparant régulièrement la valeur de nos différents paniers[60] grâce aux statistiques IMS ou Santestat, notre officine réalisait avant travaux un panier moyen ordonnance supérieur de 10% au panier moyen France et supérieur de 20% au panier moyen du département.

Le panier moyen client dépend essentiellement du panier moyen ordonnance, l'augmentation de fréquentation devra être maitrisée après travaux pour maintenir le niveau du panier moyen client. Les ventes simples, dont le panier moyen est très inférieur au panier moyen ordonnance dans toutes les officines, devront être limitées.

Aucun concept ne reposant sur le principe de la maitrise des trafics, il fallait à la fois concevoir un environnement influençant le moins possible la démarche qualité et un tableau de bord regroupant des indicateurs permettant de corriger la démarche dans le cas d'une baisse de productivité de l'équipe officinale[61].

c. Indicateurs économiques, indice de performance et tableau de bord

En juxtaposant l'étude géomarketing réalisée avec les statistiques IMS Pharmastat et nos propres statistiques, il nous est apparu que le doublement du chiffre d'affaires de 1999 à 2004 provenait principalement d'une augmentation de fréquentation dans les tranches d'âges supérieures à 60 ans, la moyenne d'âge des malades fréquentant notre officine étant plus élevée que la moyenne nationale. Cette analyse est corroborée par le fait que, toujours selon les statistiques IMS Pharmastat et l'étude géomarketing, la moyenne d'âge de la fréquentation des officines du département est plus basse que celle de la France du fait que la population du département est plus jeune.

L'étude géomarketing montre que la population de notre zone de chalandise est sensiblement plus jeune que la population française, alors que la moyenne d'âge des malades fréquentant notre officine est par contre plus élevée que celle de la France. Ce fait a été pour nous l'élément révélateur montrant les effets de notre démarche qualité. L'analyse du baromètre satisfaction confirme que notre communication sur les objectifs de notre démarche a été comprise par les malades, et que cette compréhension a permis d'accroitre le nombre des porteurs d'ordonnance.

Cette constatation nous a amené à réfléchir sur des indicateurs économiques permettant de suivre précisément l'évolution de l'économie de notre officine. Grâce à ces indicateurs une

[60] La valeur d'un panier est obtenue par la division du chiffre d'affaires par le nombre des éléments l'ayant réalisé. Un panier correspond donc à une moyenne d'où le terme de panier moyen.
[61] La baisse du panier moyen client entraine une baisse de la valeur ajoutée apportée, donc une baisse de la rémunération brute.

modélisation de l'économie officinale devrait permettre de prévoir les évolutions engendrées par les modifications de stratégies.

c.1 les indicateurs économiques

Le choix d'indicateurs économiques pertinents doit permettre le suivi précis d'un chiffre d'affaires et de son évolution et permettre aussi des comparaisons très précises avec les économies des autres officines. C'est une obligation pour savoir si le développement va bien dans la direction souhaitée.

Nous avons donc fait le choix de retenir comme indicateurs économiques les principaux paniers moyens existants en officine. Les paniers moyens sont obtenus par la division du chiffre d'affaires par le nombre des éléments ayant permis de le réaliser

- Le Panier Moyen Ordonnance parce qu'il est le reflet de la typologie de la clientèle et que son évolution, selon les statistiques IMS Pharmastat, dépend de l'évolution de la moyenne d'âge de la clientèle. Ce panier moyen est obtenu par la division du chiffre d'affaires ordonnances par le nombre d'ordonnances dispensées.
- Le Panier Moyen Ventes hors ordonnances ou ventes comptoir parce qu'il dépend à la fois du pouvoir d'achat de la zone de chalandise et de la politique de prix de l'officine. Ce panier moyen est obtenu par la division du chiffre d'affaires hors ordonnance par le nombre de ventes hors ordonnances.
- Le Panier Moyen Client parce qu'il dépend de la démarche qualité de l'officine et du mode d'exercice du pharmacien. C'est le montant de ce panier moyen qui va déterminer la rémunération du titulaire. Le panier moyen client est obtenu par la division du chiffre d'affaires total par le nombre de clients.
- Nous n'avons pas retenu le panier moyen ventes comme indicateur économique, bien qu'il soit utilisé par les statistiques IMS Pharmastat ou Santestat, parce qu'il était moins pertinent que le panier moyen client. Obtenu par la division du chiffre d'affaires total par le nombre de ventes[62], ce panier n'est pas significatif parce qu'avec un panier moyen vente identique il est très courant d'avoir un panier moyen client très différent : c'est le résultat de la différence d'objectif entre les démarches.

c.1.1 le Panier Moyen Ordonnance

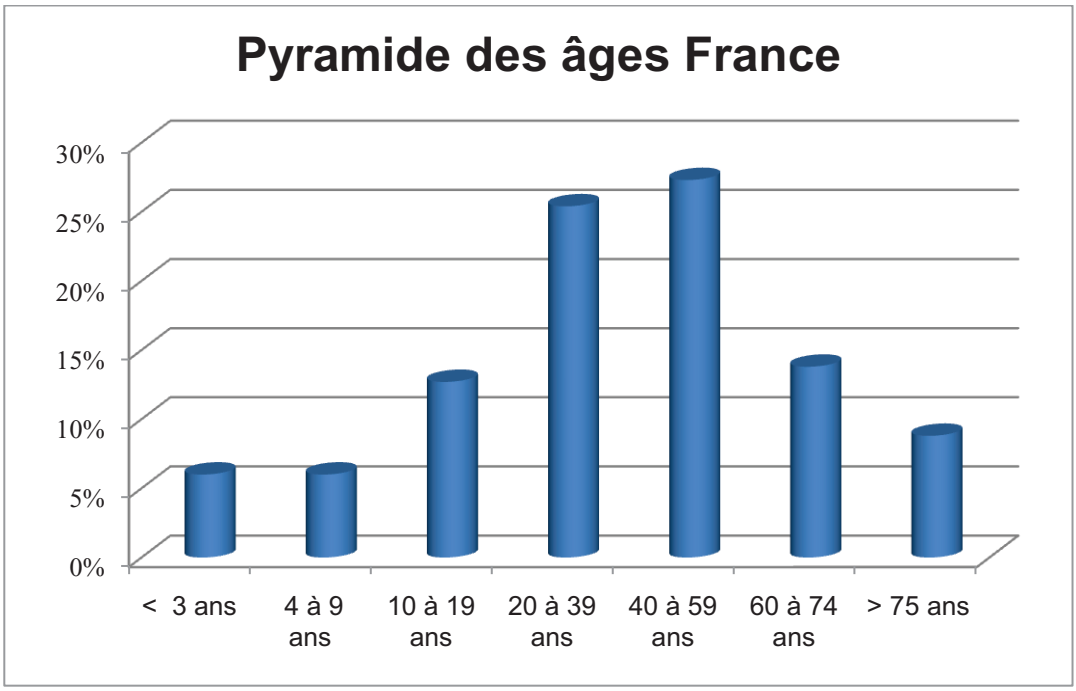
La démarche qualité que nous avons mis en place depuis la prise de possession étant de satisfaire en premier lieu les malades porteurs d'ordonnances, il se trouvait que la consultation des statistiques IMS Pharmastat montrait que le panier moyen ordonnance de notre officine était régulièrement supérieur au panier moyen ordonnance France et Isère.

La nécessité de maintenir cet écart avec la nouvelle configuration de notre officine nous imposait de savoir pourquoi notre panier moyen était toujours plus élevé, de façon à ne pas commettre d'erreurs pouvant amener une baisse du Panier Moyen Ordonnance.

[62] Ordonnances plus ventes hors ordonnances

La première constatation, à la lecture de l'étude géomarketing et des statistiques IMS Pharmastat, est qu'il existe une corrélation entre la moyenne d'âge des malades fréquentant une officine et la valeur du panier moyen ordonnance.

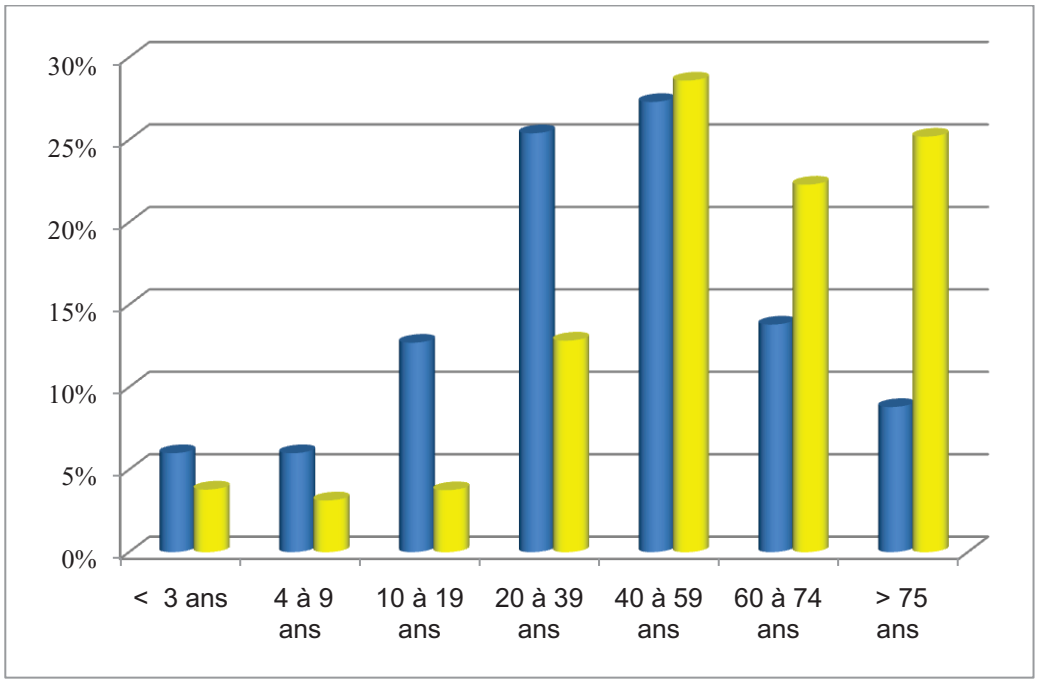
Tableau n°18



Etude géomarketing Alphega 2002

La tranche d'âge des plus de 60 ans représente prés de 22% de la population française.

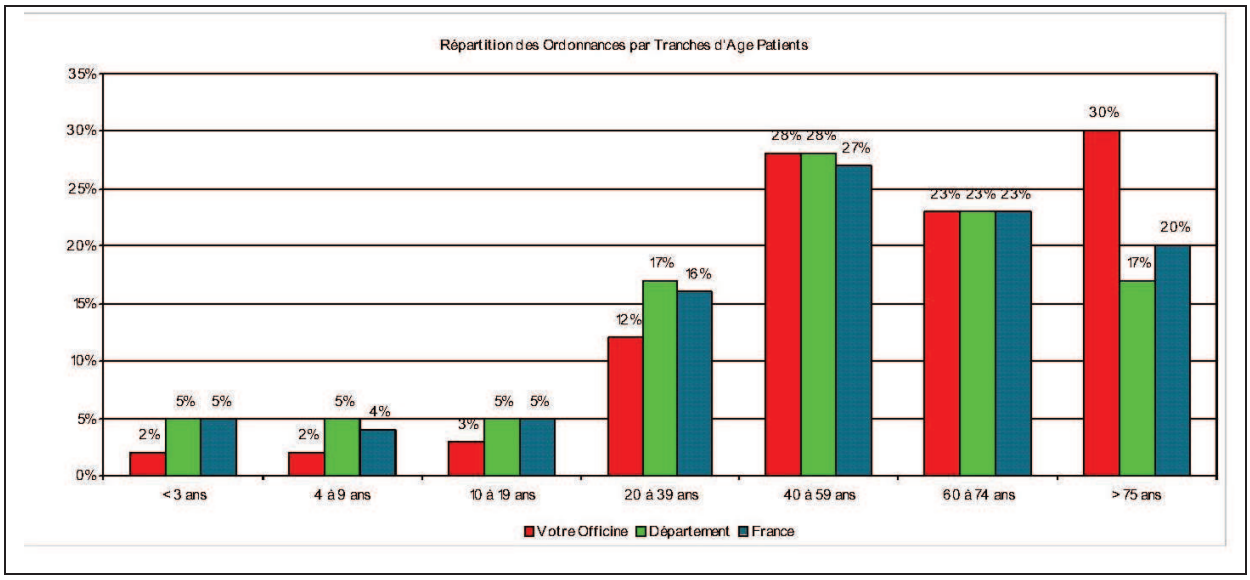
Tableau n°19



Comparatif pyramides des âges France et pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

La juxtaposition de la pyramide des âges des porteurs d'ordonnances fréquentant notre officine[63] avec la pyramide des âges France, montre que la tranche d'âge des plus de 60 ans atteint près de 48% dans la population de nos malades.

Tableau n°20



Pyramides des âges IMS Pharmastat Janvier 2010

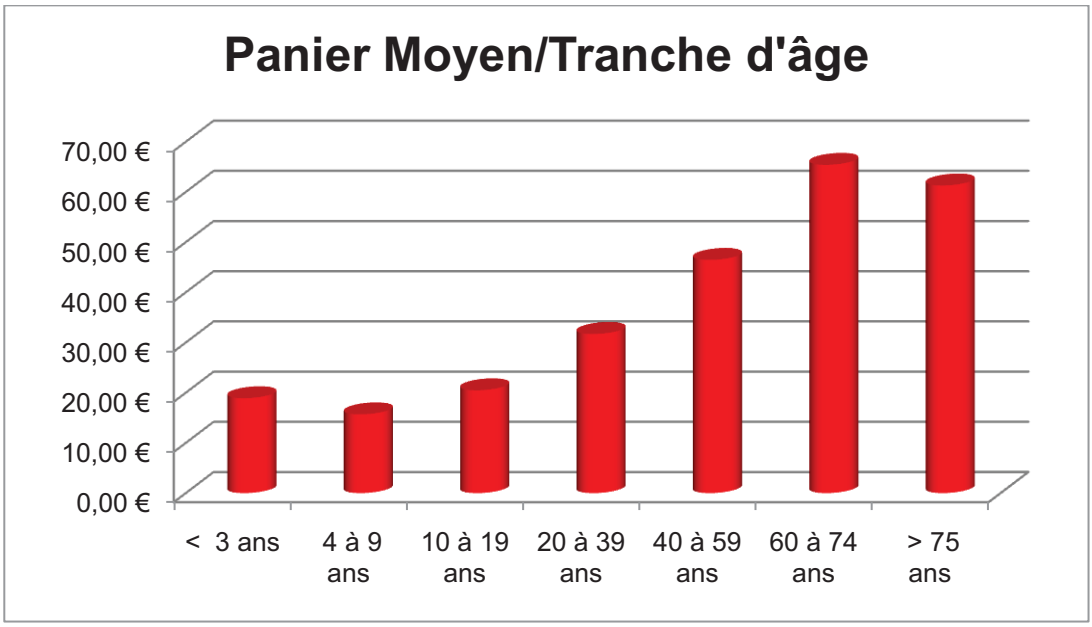
Cette copie d'un tableau IMS Pharmastat montre la répartition des ordonnances par tranche d'âge Patients de notre officine[64], du département[65] et de la France[66]. Même si les

[63] Colonnes jaunes

pourcentages peuvent varier chaque mois, ces variations sont très faibles et il existe une constante dans le fait que le pourcentage des tranches d'âges des plus de 60 ans est systématiquement plus élevé pour la France et notre officine.

Nous avons donc déduit de ces constatations que l'on pouvait lier le niveau du panier moyen ordonnance à la moyenne d'âge des patients fréquentant l'officine et que le panier moyen ordonnance était différent selon les tranches d'âges. En traitant informatiquement le fichier des malades de notre officine nous en avons tiré le tableau suivant.

Tableau n°21



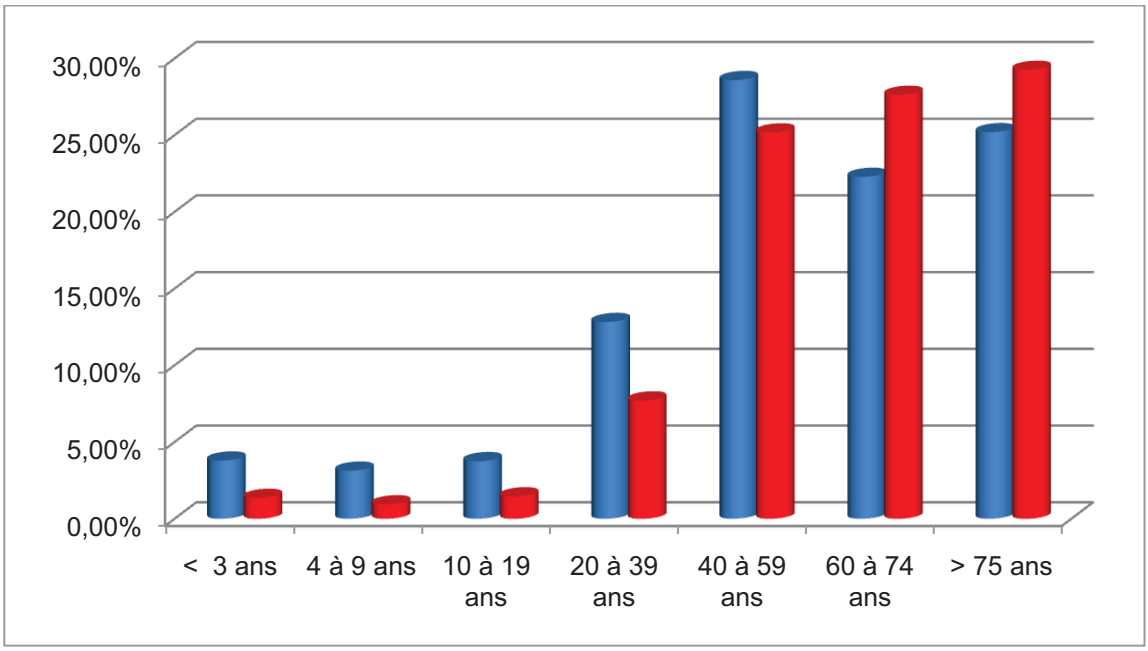
Comparatif panier moyen par tranche d'âge pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Les écarts entre panier moyen par tranche d'âges vont de 1 à plus de 3 en faveur des plus de 60 ans.

Les écarts de valeur entre les paniers moyens ordonnances font que le chiffre d'affaires des plus de 60 ans représente un taux pourcentage supérieur dans le chiffre d'affaires total que leur taux de pourcentage dans la fréquentation.

[64] Colonnes rouges
[65] Colonnes vertes
[66] Colonnes bleues

Tableau n°22



Comparatif pyramides des âges pourcentage chiffre d'affaires Pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Dans le tableau ci-dessus le chiffre d'affaires des plus de 60 ans représente 57% du chiffre d'affaires total alors que les plus de 60 ans ne représentent que 47% des porteurs d'ordonnances.

En 2003[67], prés de 46% des malades fréquentant notre officine avait plus de 60 ans[68], quand la moyenne de fréquentation française était de 42%[69] et la moyenne départementale de 37%[70].

Le coût médicamenteux moyen des pathologies chroniques est beaucoup plus élevé que le coût moyen des pathologies saisonnières[71] ou occasionnelles. Si les pathologies saisonnières ou occasionnelles touchent la totalité de la population, les pathologies chroniques touchent en priorité les personnes âgées.

Ainsi le panier moyen ordonnance est le résultat de la moyenne du montant des prescriptions dispensées et est d'autant plus élevé qu'il contient un nombre important de traitements chroniques.

En tenant compte de ces principes, le panier moyen de mon officine était supérieur au panier moyen France parce que la moyenne d'âge des malades était plus élevée, augmentant ainsi le nombre des dispensations de traitements chroniques.

[67] Année des études
[68] 22,60% de la population de ma zone de proximité
[69] 20,40% de la population France
[70] 18,70% de la population Département
[71] Actuellement le rapport peut aller de 1 à 4

La conclusion que nous avons tirée de cette analyse est qu'il fallait tenir compte de la moyenne d'âge pour créer un aménagement intérieur permettant de renforcer la démarche qualité que nous avions mis en place.

La corrélation qui existe entre le panier moyen ordonnance et la moyenne d'âge rend le Panier Moyen Ordonnance indispensable comme indicateur économique prioritaire, parce qu'il est l'élément déterminant de la productivité de l'entreprise officine et donc la base de la rémunération du titulaire. Ce panier est par ailleurs complètement indépendant du pouvoir d'achat de la clientèle parce qu'il ne dépend que de la moyenne d'âge. C'est un excellent baromètre de la qualité de la démarche adoptée par le titulaire.

La MDL[72], si elle a permis de diminuer les prix de remboursements des nouvelles molécules à prix industriels élevés destinés essentiellement aux traitements chroniques, a par contre gelé le prix de remboursement des médicaments anciens en particulier ceux des affections saisonnières ou occasionnelles. Ceci a pour effet d'accentuer régulièrement l'écart de coût entre les traitements chroniques et saisonniers (ou occasionnels), d'où l'intérêt d'une démarche qualité permettant de bénéficier de l'augmentation régulière des coûts des traitements chroniques et de l'augmentation de la valeur ajoutée qui en découle. Selon le HCAAM[73] 70% des Affections Longue Durée[74] se retrouvent dans la population de plus de 60 ans.

De 2004 à 2009 le panier moyen des ordonnances ALD a pratiquement doublé, alors que le panier moyen des autres ordonnances a quasiment stagné[75].

c.1.2 le Panier Moyen Vente hors ordonnance

Le Panier Moyen Vente hors ordonnance est, lui, dépendant du pouvoir d'achat de la population de la zone de proximité de l'officine. Avec un taux de retraités supérieur à la moyenne, un taux de chômeurs supérieur à la moyenne, un taux d'ouvriers supérieur à la moyenne, un taux de cadres et de professions libérales inférieur à la moyenne (moitié moins)[76] le pouvoir d'achat de la zone de proximité est faible, ce qui se retrouve dans le faible niveau du panier moyen vente hors ordonnance de notre officine. Avant travaux ce panier moyen était prés de 6 fois inférieur[77] au panier moyen ordonnance, alors que pour la France ce panier est seulement prés de 4 fois inférieur[78].

La valeur ajoutée apportée par les ventes hors ordonnance est trop faible pour chercher à les développer avec les transformations. De plus, 2% de notre clientèle seulement venait

[72] Marge Dégressive Lissée
[73] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
[74] ALD
[75] Selon IMS Pharmastat
[76] Résultats de l'étude géomarketing
[77] 5,68 fois, panier moyen ordonnance = 46,57 € panier moyen vente hors ordonnance = 8,63 € (Juillet 2004)
[78] 3,50 fois, panier moyen ordonnance = 42,06 € panier moyen vente hors ordonnance = 12,00 € (juillet 2004)

chez moi pour autre chose que le médicament[79]. L'aménagement intérieur devrait donc tenir compte de cet état de fait.

Les transformations devaient donc permettre de développer les ventes hors ordonnances comme ventes associées à l'ordonnance, de façon à améliorer la valeur ajoutée du panier moyen client, donc une amélioration de la rémunération.

Les ventes hors ordonnance seront retenues comme indicateur économique pour leur nombre et leur taux de pourcentage de ventes associées à l'ordonnance, la valeur du panier moyen étant un indicateur dés lors secondaire, puisqu'elle n'est pas maitrisable du fait de la concurrence entre les différents points de vente.

c.1.3 le Panier Moyen Client

Le panier moyen client, lui, est le reflet de la démarche qualité de l'officine. Il dépend du niveau du Panier Moyen Ordonnance et du taux de ventes associées à l'ordonnance. C'est celui qui normalement doit le plus augmenter après les transformations signifiant ainsi l'harmonie existante entre la démarche qualité et l'image donnée. L'objectif principal après travaux était d'améliorer ce panier.

Le niveau du Panier Moyen Client montre la productivité de l'officine par la valeur ajoutée qu'il apporte. Plus le panier moyen client augmente, et plus la rémunération augmente.

Les transformations de l'officine ne devaient pas briser l'équilibre économique de l'officine en développant d'une façon trop importante les ventes simples, ce développement ayant pour conséquence une baisse du Panier Moyen Client[80] et une hausse des frais généraux par l'augmentation des frais de personnel, obligatoire pour maintenir une qualité de service.

Le Panier Moyen Client est l'indicateur économique principal de l'officine parce la valeur ajoutée qu'il apporte est la rémunération du pharmacien. En maitrisant ce panier, le titulaire maitrise son entreprise, puisqu'il maitrise son trafic.

Ce panier moyen pourtant obtenu facilement par la division du chiffre d'affaires total par le nombre de clients n'est pratiquement jamais utilisé, les statistiques ne fournissant que le panier moyen ventes, panier qui n'a pas la même pertinence parce qu'il ne reflète pas la démarche qualité : pour un même panier vente on peut avoir plusieurs paniers moyens clients donc des montants de rémunération différentes.

c.2. l'indice de suivi de performance

Les indicateurs économiques sont interdépendants et leurs niveaux dépendent de la qualité de la démarche. Pour un suivi précis de l'évolution économique après les travaux, nous

[79] Baromètre de satisfaction
[80] Donc de la productivité et par conséquence de la rémunération

avons pensé qu'il était nécessaire de mettre en place un indice permettant d'apprécier rapidement le niveau de qualité[81].

Cette idée d'indice d'évaluation nous est venue à l'esprit après avoir étudié la chaine de pharmacies indépendantes hollandaise Kring Apotheek. Lors d'une visite à sa présidente, Elvire Kuyck, nous avons découvert que la première chaine de pharmacies en Hollande était une chaine éthique ou la qualité de service était mesurée[82].

Il n'existait aucun indice permettant d'évaluer la qualité de la démarche, nous avons donc du le créer nous-mêmes. Le but de cet indice serait de pouvoir mesurer l'évolution économique de notre officine en appréciant notre démarche qualité. A partir d'éléments objectifs précis, cet indice pourrait évaluer les performances économiques d'une officine, d'une enseigne, d'un groupement ou tout simplement d'un employé.

Les indicateurs économiques que nous avions retenus étant interdépendant, notre réflexion nous a amené à concevoir un indice à partir des paniers moyens retenus comme indicateurs.

Nous avons ensuite retenu le fait que les objectifs des démarches qualités pouvaient être de développer ou les dispensations d'ordonnances ou bien les ventes comptoirs, ce que l'indice pourrait apprécier. La conclusion étant aussi que cet indice de suivi de démarche permettrait d'évaluer le résultat des stratégies de développement sur la structuration du chiffre d'affaires.

Le calcul de cet indice repose donc sur les 3 indicateurs suivant :

- Le Panier Moyen Ordonnance : le **PMO**
- Le Panier Moyen Ventes Comptoirs : le **PMVC**
- Le Panier Moyen Client : le **PMC**

Nous avons montré précédemment comment ces paniers moyens étaient calculés et quel était leur intérêt respectif. Notre démarche qualité intégrant l'utilisation du logiciel gérant l'officine, ces paniers sont calculés automatiquement et pour ce faire oblige à avoir une prise en charge codifiée des patients.

A partir de ces éléments, dans un premier temps, on constitue le Panier Moyen Client Global : le **PMCG** qui correspond à la somme du **PMO** et du **PMVC**. Le **PMCG** est donc le panier moyen client maximum pouvant être obtenu dans l'officine.

Les patients qui fréquentent notre officine ont trois possibilités : soient ils ne désirent que la dispensation d'une ordonnance, soient ils rajoutent un achat à cette dispensation ou soient ils n'effectuent qu'un achat simple. La somme de ces trois possibilités constitue le chiffre d'affaires de l'officine et la division de ce chiffre d'affaires par le nombre de clients donne le **PMC**. Le **PMC** est donc issu d'une combinaison entre le **PMO** et le **PMVC**, cette combinaison étant dépendante de notre façon d'exercer.

Plus les ventes simples sont nombreuses dans le chiffre d'affaires et plus l'écart entre le **PMCG** et le **PMC** est important, du fait que le montant du Panier Moyen Ventes Comptoirs est toujours beaucoup plus faible que le que le Panier Moyen Ordonnance. Dans la grande majorité des officines les ordonnances sont encore les ventes les plus nombreuses et les

[81] Voir ANNEXE I
[82] Nous reviendrons sur Kring Apotheek dans la partie discussion

ventes dont le panier moyen est le plus élevé. Nous avons donc décidé d'établir un rapport entre l'écart existant entre le **PMCG** et le **PMC** et le **PMO**.

La formule de l'indice s'établit donc comme suit :

$$\frac{\textbf{PMCG} - \textbf{PMC}}{\textbf{PMO}}$$

Le **PMCG** est indépendant de la stratégie de développement puisqu'il correspond à la somme du **PMO** et du **PMVC**. Le **PMC** dépend par contre de la démarche qualité choisie. Notre démarche qualité visant à satisfaire des malades porteurs d'ordonnance notre **PMC** était élevée.

Avant nos transformations notre **PMO** était de 46,57 €, notre **PMVC** était de 8,19 € et donc le **PMCG** était de 54,76 €. Le **PMC** étant de 44,45 €, l'indice de suivi de qualité était de 0,221.

Cet indice, que nous avons appelé BaroQualité, permet d'évaluer le résultat de la démarche qualité et son influence sur la structuration du chiffre d'affaires. En modifiant l'image de notre officine, nous modifions la base sur laquelle reposait notre démarche, l'évolution de l'indice nous renseignerait immédiatement sur l'influence de la nouvelle image sur les objectifs de notre démarche.

Ainsi si le nouvel environnement facilitait le développement des ventes simples, le **PMC** diminuerait et par voie de conséquence le BaroQualité évoluerait vers 1 puisque l'écart entre le **PMCG** et le **PMC** augmenterait. Par contre si le nouvel environnement facilitait l'augmentation du nombre d'ordonnances dispensées et des ventes comptoir associées à l'ordonnance le **PMC** augmenterait et l'écart avec le **PMCG** diminuerait, le BaroQualité évoluerait alors vers 0.

L'objectif de notre démarche qualité étant prioritairement de satisfaire les malades, les transformations devaient permettre de respecter cet objectif, l'évolution de l'indice de suivi de la démarche serait donc primordial. Une évolution du BaroQualité vers 0 signifierait de plus une amélioration de la rémunération avec l'augmentation du Panier Moyen Client.

Une autre qualité de cet indice est qu'il est applicable à la personne, à l'officine ou à un concept. Il permet de constater très rapidement si par exemple les résultats prédits par une enseigne ou un groupement sont conformes à leurs affirmations, ou bien si la mise en place d'un nouveau rayon influe sur le niveau de rémunération.

c.3. le tableau de bord

Les indicateurs décrits ainsi que l'indice de performance permettent d'établir un tableau de bord cohérent permettant un suivi précis et rigoureux de l'économie officinale.

- Le BaroQualité : étant indépendant du montant des paniers moyens, cet indice de performance permet de mesurer l'effet de la démarche qualité et l'influence de l'aménagement sur la démarche. Il donne une réponse objective à la démarche

qualité du titulaire. Si le pharmacien souhaite développer ses ventes de parapharmacie ou bien ses ventes OTC, l'indice de performance va se rapprocher de 1. Si le titulaire souhaite que le développement des mêmes ventes lui permette d'augmenter les dispensations d'ordonnances alors l'indice de performance devra se rapprocher de 0. Dans mon cas les transformations devaient me permettre de maintenir ou d'améliorer cet indice. Avant travaux il était à 0,221, ce qui correspondait à un taux de ventes associées à l'ordonnance de l'ordre de 30%.

- Le Panier Moyen Client : de son niveau dépend la rémunération du pharmacien. Une baisse du panier moyen client correspond à une perte de productivité, surtout si elle est accompagnée d'une augmentation de fréquentation et la rémunération du pharmacien baissera. Le panier moyen client est associé à l'indice de performance, ce qui permet d'adapter sa démarche qualité pour remonter le niveau de son panier moyen client en cas de baisse.

- Le Panier Moyen Ordonnance : son niveau permet de suivre le ciblage de la clientèle qu'amène le respect de la démarche. Ce panier est un panier à long terme et doit être apprécié sur une longue période. En effet comme il correspond à la moyenne des montants des prescriptions, il peut varier occasionnellement lors des épisodes épidémiologiques saisonniers. La baisse du panier moyen ordonnance sur une année correspond à un rajeunissement de la clientèle. Plus le panier est faible et plus la clientèle est jeune, plus il est élevé et plus la clientèle est âgée. Ce panier dépend à la fois de l'environnement géomarketing de l'officine et de la combinaison entre l'image donnée par l'espace client et la démarche qualité du titulaire.

- Le panier moyen vente hors ordonnance : plus son niveau est élevé plus la rémunération du pharmacien est élevée à la condition que la démarche qualité permette d'améliorer le taux de ventes hors ordonnance associée à l'ordonnance. L'augmentation du nombre de vente hors ordonnance comme ventes simples influe sur la rémunération du pharmacien en la faisant diminuer, par le simple qu'elles font baisser le Panier Moyen Client. Les ventes hors ordonnances améliorent la rémunération du pharmacien à la condition qu'elles soient le plus souvent associées à la dispensation d'une ordonnance

- Les valeurs ajoutées : à chaque panier moyen correspond une valeur ajoutée, ces valeurs ajoutées dépendent de la démarche qualité et de la politique commerciale en termes de prix. La valeur ajoutée apportée par le patient correspond à la rémunération du pharmacien. En tant que chef d'entreprise, le pharmacien ne peut se dispenser de suivre de prés l'évolution de ces valeurs car elles représentent la productivité, donc la rentabilité de son entreprise. Avant travaux la valeur ajoutée apportée par patient[83] était de 10,60 €[84] dans mon officine. D'autre part le fait que la marge bilan est issue du mélange de 2 marges de nature différente, la MDL et la

[83] La Rémunération
[84] Cette valeur est une valeur brute Hors Taxe

marge linéaire, la Valeur Ajoutée Apportée[85] est un indicateur de rentabilité beaucoup plus fiable que le taux de marge brut bilan. La VAA ou VAP est obtenue par la division de la valeur de la marge brute bilan par le nombre de client annuel, le paradoxe étant que lorsque le montant de cette VAA augmente le taux de marge bilan baisse.

En déterminant la valeur des indicateurs et de l'indice avant travaux, leur suivi après travaux nous permettrait de connaitre avec exactitude si notre nouvelle image renforçait ou affaiblissait les résultats économiques de l'officine et quelle était la force de ma démarche.

d. La modélisation

L'établissement d'un tableau de bord correspond à une modélisation de l'économie de son officine. Plus les critères sont pertinents et plus la modélisation est précise. En étant interdépendant les différents indicateurs et indices établissent une mécanique économique précise permettant d'interpréter et de maitriser son développement.

Modéliser son économie, c'est avant tout de prévoir les effets de ses options de développement et de permettre d'effectuer des simulations avant application, des différentes stratégies élaborées.

Les conclusions de l'avocat général Yves Bot (**Biblio** (2), BOT) valident, 10 ans après, notre stratégie de développement et le modèle économique libéral défendu pour préserver la propriété de son outil de travail par le pharmacien libéral.

En confirmant que notre développement n'était pas du à l'aménagement intérieur, ni à notre offre produits, le baromètre de satisfaction clientèle a entériné notre modèle de développement et l'indépendance du professionnel de santé libéral qui en découle.

C'est donc en m'appuyant sur notre modèle économique libéral que les transformations devaient être réalisées. Le principal problème de ce choix était qu'il n'existait pas de concept de ce type sur le marché.

3. Un aménagement au service d'un modèle économique.

Durant la phase de préparation de nos transformations est apparu un nouveau concept créé par un répartiteur[86] à qui nous réservions l'exclusivité de nos achats. Ce Concept reposait sur la création d'un réseau reposant sur image identitaire commune très forte devant permettre un développement par la mise en avant des compétences libérales du pharmacien. Le Concept en ne reposant pas sur une approche commerciale visant à se

[85] VAA ou VAP pour Valeur Ajoutée Produite
[86] Il s'agit d'Alphega d'Alliance Healthcare que je nommerais Concept

financer par une plate forme d'achat ou une centrale de référencement, nous apportait l'image que nous souhaitions donner à notre officine.

La mise en avant des compétences du pharmacien étant le fil conducteur de la genèse du Concept, il rejoignait par là la problématique qui nous était posée dans nos réflexions personnelles sur l'aménagement de nos locaux.

Après une concertation avec le Concept, nous décidé de garder les plans initiaux déjà élaboré en adoptant le mobilier préconisé et en utilisant leurs codes couleur et leur signalétique. Les transformations touchant la totalité de la surface de l'officine (85 m2), l'intervention du Concept n'a concerné essentiellement que la surface « commerciale » soit 50 m2 (au lieu de 15 m2 précédemment) et l'extérieur. L'étude géomarketing et le baromètre qualité ont été réalisés par le Concept et ont permis la mise en place du merchandising.

Nous avons pris le parti de respecter point par point l'image que le Concept me proposait en conservant par contre l'intégralité de notre démarche qui en fait n'était que l'expression sur le terrain des préconisations du Concept.

a. Extérieur et vitrines

L'extérieur est basé sur des couleurs vert et gris (couleur aluminium). Logo du Concept, nom de la pharmacie et du pharmacien sont les seuls textes apparents[87]. Le développement du chiffre d'affaires devant reposer sur les seules compétences de l'équipe officinale, le coté dépouillé de la communication extérieure correspondait parfaitement à ce que je souhaitais

Les vitrines ouvertes permettent de voir travailler l'équipe officinale et de voir très clairement le merchandising. Aucune publicité, aucune communication autre qu'une communication généraliste par thème affichée dans des panneaux A5 (1 par vitrine). Nous avons immédiatement adopté cette préconisation du Concept parce qu'en association avec la signalétique extérieure il donnait une image très forte du métier de pharmacien libéral.

Avant même de pousser la porte le patient sait qu'il rentre dans un espace ou l'on prendra en charge ses besoins.

En ouvrant notre officine sur l'extérieur, nous nous identifions très clairement comme pharmacien, professionnel de santé au service des malades.

[87] Préconisation d'Alphega

Photo n°1

La pharmacie n'avait pas subit de transformations depuis sa création en 1976. La communication externe était déjà limitée, la nouvelle image reprenait ce principe en le modernisant.

Photo n°2

Le nouvel extérieur est moderne et dépouillé. En supprimant toute communication publicitaire dans les vitrines et en donnant une transparence sur l'intérieur, le Concept donne une image forte d'un lieu d'exercice.

b. Aménagement intérieur du lieu d'exercice

Photo n°3

Pour donner une meilleure visibilité de l'espace et du merchandising nous avons retenu avec l'agenceur un aménagement du mobilier en demi-cercle. Cet aménagement a été conservé et réalisé avec le mobilier préconisé par le Concept.

L'association de cet aménagement avec la transparence des vitrines a permis d'utiliser le merchandising intérieur comme communication extérieure, la transparence permettant, par exemple, au conducteur d'un véhicule circulant de reconnaitre les produits par l'effet de massification retenu pour le merchandising.

Les couleurs retenues sont le blanc, le vert avec une note boisée pour les comptoirs, la volonté du Concept étant de créer une ambiance le plus proche possible du monde de la santé. Avec notre agenceur nous avons rajouté des lumières blanches pour accentuer le coté « clinique » de l'atmosphère.

La surface au sol ne supporte quasiment aucun meuble à part les doubles comptoirs, pour accentuer l'attractivité visuelle de l'offre produit situé sur le mobilier en demi cercle. En libérant l'accès des comptoirs de tout obstacle « commercial », la volonté affichée était de créer un environnement compatible avec la qualité de la démarche. Cette surface libérée représente prés de 50% de la surface au sol du lieu d'exercice, permettant ainsi au patient

de pouvoir respecter la confidentialité des comptoirs en pouvant se tenir en retrait. L'espace de confidentialité devient ainsi naturel et correspond au désir exprimé par le baromètre de satisfaction.

L'aménagement en demi-cercle associé à la limitation du nombre de meubles au sol permet d'obtenir une clarté sur l'offre produit.

22 meubles au total dont 3 meubles thématiques permettant de mettre en avant des produits saisonniers, le nombre de meubles est doublée avec le triplement de la surface et permet ainsi une exposition très claire des produits conformément aux souhaits exprimés dans le baromètre satisfaction.

Photo n°4

c. *Merchandising*

Conformément aux préconisations du Concept et à notre volonté 17 meubles sur les 22 sont consacrés aux produits de santé[88] dont 10 pour la médication (OTC, vignettés pour la douleur, etc.) contre 4 sur 11 pour l'ancienne officine[89]. Le but étant essentiellement de créer un environnement propice à la médication du malade et à l'application de la démarche qualité.

Pour créer une ambiance sécurisante le merchandising a réduit le nombre de références présentées et grâce à la massification se concentre essentiellement sur les leaders de marché et la notoriété.

Pour les produits OTC pas plus de 4 marques par pathologies avec 2 produits maximum par étagère et pas de produits n'entrant pas dans les 5 premiers rangs des ventes par catégories[90].

Pour les pathologies les plus demandées la déclinaison se fait sur 2 meubles au merchandising identique situés à des endroits différents[91].

Deux meubles thématiques de couleurs et de formes différentes[92] sont intégrés dans l'aménagement en demi-cercle pour mettre en avant des traitements saisonniers et renforcer l'impact visuel des marques leaders.

Ce principe est appliqué aussi pour les produits d'hygiène dentaire et buccale.

Pour la parapharmacie un meuble est consacré aux bébés[93] avec la marque leader uniquement (Mustela), deux meubles sont consacrés aux deux marques leaders en dermatologie (Roche Posay et Avéne), un meuble est consacré aux soins capillaires et le dernier à divers produits possédant une notoriété importante (A derma, Rogé Cavaillès, etc.).

Un meuble thématique permet de mettre en avant des produits de parapharmacie par thèmes saisonniers.

Associé à la discrétion du mobilier, le merchandising de l'offre produit permet ainsi d'obtenir un espace sécurisant pour le malade, celui-ci n'étant pas déstabilisé par une offre trop commerciale. Le merchandising est utilisé essentiellement pour permettre au patient de pénétrer dans un lieu qu'il connait parce que les produits exposés possédant une forte notoriété lui sont connus.

En bannissant la quasi-totalité des présentoirs de marque, en ne faisant que des offres promotionnelles très discrètes sur des produits à forte rotation, on fait comprendre au patient

[88] Pour une surface de 50 mètres carrés
[89] Pour une surface de 15 mètres carrés
[90] Uniquement pour les produits exposés, 98% du C.A d'un marché est réalisé par moins de 4 références
[91] 2 meubles pour la douleur, 2 meubles pour l'ORL
[92] Boisée comme les comptoirs
[93] L'étude géomarketing montrant que la population de la zone de proximité des moins de 4 ans était supérieure à la moyenne nationale

qu'il pénètre dans un lieu ou l'on prendra en charge sa pathologie sans chercher à lui vendre quelque chose. Il rentre pour se soigner non pour dépenser.

Axer son développement sur une offre produit revient à privilégier le consommateur par rapport au malade, c'est pour cela que tout a été fait en termes de merchandising pour limiter l'ambiance commerciale dégagée par un trop grand nombre de pharmacies.

Photo n°5

Un nombre de référencement important et une concentration de produits dans un espace réduit, merchandising d'avant travaux.

Photo n°6

Une offre produit discrète, un nombre de références et de produits réduits dans un espace plus grand, amélioration de la clarté de l'offre produit avec un merchandising adapté à la démarche qualité.

d. Le back office

Le gain de place obtenu par le passage d'épi à des tiroirs pour le rangement des médicaments a permis d'agrandir la surface commerciale, le back office a été réaménagé complètement et la démarche qualité, pour son fonctionnement, a été réactualisée.

L'adjonction d'un « scan » accélérant et sécurisant le déballage des commandes a permis d'améliorer dans des proportions importantes un poste générateur de ralentissement dans le fonctionnement de l'officine.

4. Mode d'emploi du nouvel espace.

Bien que les transformations aient été faites en concertation avec les concepteurs de l'Enseigne dont nous avions pris l'image, cette mise à l'enseigne n'était pas accompagnée par un mode d'emploi, le Concept ne possédant pas suffisamment de recul et n'ayant eu aucune réflexion sur la façon d'utiliser l'image mise en place

En ayant dialogué régulièrement avec notre personnel sur le sens des transformations, ceux-ci ont bien compris que nous mettions à leur disposition un environnement améliorant à la fois leurs conditions de travail et l'application de la démarche qualité que nous avions mis en

place. Nous mettions à leur disposition un espace mettant en valeur leur rôle de professionnel de santé.

Dans un premier temps nous avons décidé de respecter l'image donnée par le merchandising, évitant toute connotation commerciale agressive, et de centrer la stratégie sur l'amélioration de la qualité de l'acte de dispensation. L'équipe officinale a dés lors parfaitement intégré le fait qu'elle ne serait toujours jugée que sur la satisfaction des patients qu'elle prendrait en charge.

Nous avons écouté avec l'équipe officinale les patients sur leur perception de notre nouvelle image pour éventuellement ajuster notre communication en fonction de leurs réactions.

En s'appuyant sur l'évolution du BaroQualité un point serait fait au bout d'un an de fonctionnement pour savoir si la nécessité de suivre des formations complémentaires pour améliorer la démarche se faisait sentir.

Dans cette mise en place du mode d'emploi, les patients allaient nous faciliter la tâche en plébiscitant la nouvelle image donnée par leur pharmacie.

Alors que nous pensions que les patients auraient peut être des difficultés pour s'exprimer au sujet des transformations, nous avons été très surpris de voir qu'ils entamaient systématiquement le dialogue pour nous dire tout le bien qu'ils pensaient de leur nouvelle pharmacie.

La nouvelle image a permis immédiatement une amélioration très nette du dialogue et une libération des patients sur l'expression de leurs besoins. En privilégiant une image axée sur la santé des malades, notre espace de vente est clairement redevenu le lieu d'exercice d'une équipe de professionnel de santé à l'écoute des besoins de malades qui s'expriment sans retenue, du fait de la disparition d'une connotation commerciale perturbant trop souvent le dialogue.

Photo n°7

Un espace réduit ou la confidentialité était dure à trouver.

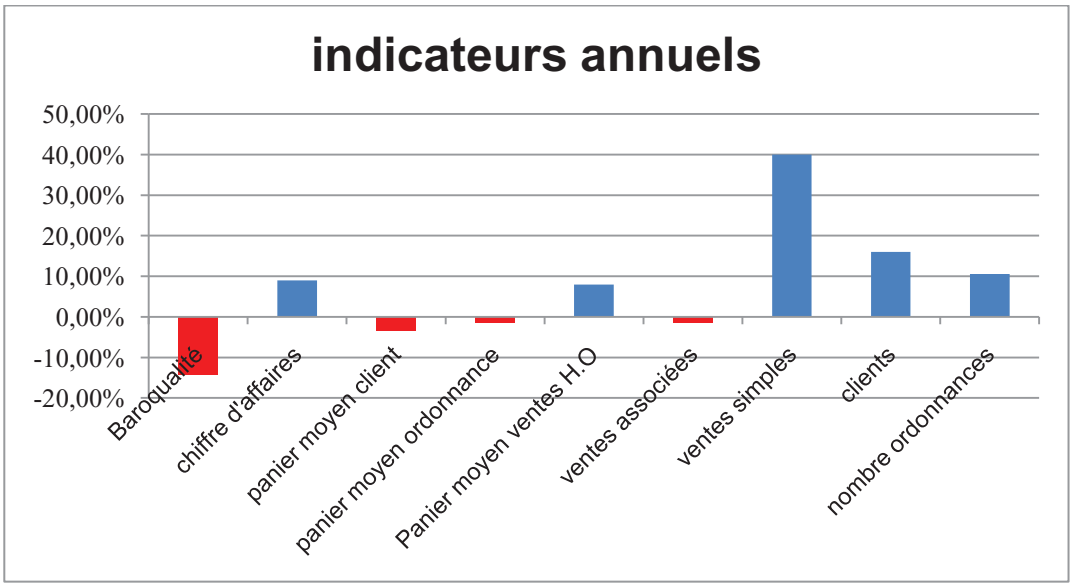
Photo n°8

Un espace ou l'équipe officinale peut répondre aux besoins des patients en toute sérénité.

5. Un développement maitrisé, des résultats mesurables et explicables.

a. Résultats au bout d'un an

Tableau n°23



Evolution indicateurs Pharmacie Folco année 2005 (J.P Folco 2010)

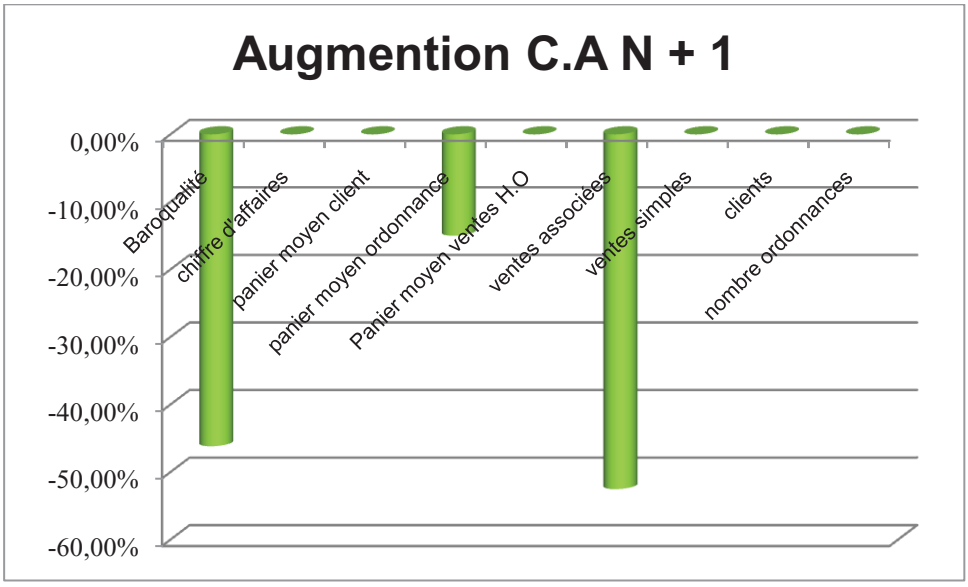
Au bout d'un an le chiffre d'affaires a augmenté de 9%[94] (+ 80 000 €) augmentation en € supérieure à l'augmentation de l'année précédente, avec une fréquentation supérieure de plus de 16%.

L'analyse de cette augmentation en fonction du tableau de bord prédéfini donne les résultats suivants[95] :

- L'indice de performance se dégrade car il se rapproche de 1, il passe de 0,221 à 0,254. Cette dégradation est due à l'augmentation du nombre de ventes simples hors ordonnance (+ 40%)
- Le panier moyen client baisse de 3,50%.
- Le panier moyen ordonnance baisse de 1,50%
- Le taux de ventes associées baisse de 1,50%

[94] Colonne bleue
[95] Ce sont les 4 colonnes rouges du tableau

Tableau n°24



Evolution indicateurs augmentation C.A année 2005 (J.P Folco 2010)

Une analyse plus fine du seul chiffre d'affaires apporté par les nouveaux clients montre que leur moyenne d'âge est plus jeune que la clientèle habituelle, leur panier moyen ordonnance étant plus faible de 15%[96] avec un taux de ventes associées à l'ordonnance plus bas de plus de 50%[97]. Sur cette nouvelle clientèle notre indice de performance se dégrade fortement en atteignant 0,405[98].

Ce rajeunissement de la clientèle est aussi la principale explication de l'augmentation des ventes simples.

L'analyse de l'augmentation du chiffre d'affaires montre qu'elle est due en partie à l'effet curiosité classique des transformations. En donnant une image moderne à notre officine, nous avons fait rentrer des clients qui fréquent habituellement plusieurs pharmacies. Cette clientèle a généralement moins de 50 ans (**Biblio** (27) CSA). Les indicateurs économiques ont montré que la productivité de l'officine avait régressé.

Le panier moyen client a en effet baissé de 3,50%, et la valeur ajoutée qui en découle a baissé de 2,20% ce qui indique que le chiffre d'affaires a progressé avec une baisse de productivité, donc une baisse de la rémunération.

L'analyse mois par mois des différents indicateurs nous ayant montré qu'ils tendaient à se rapprocher des niveaux d'avant travaux, les conclusions tirées au bout de cette année étaient que l'effet curiosité avait joué à plein dés la mise à disposition de la nouvelle image, cette nouvelle clientèle rentrant donc plus pour l'image donnée que pour la démarche qualité qu'en fait elle ne connaissait pas.

[96] 39,86 € contre 46,12 €, colonne verte
[97] 13,92% contre 27,85%, colonne verte
[98] - 46,17%, colonne verte

Malgré tout, le nombre d'ordonnances a progressé 2 fois plus que le nombre de ventes simples (2 000 contre 1000)[99] ce qui nous a confortés dans nos choix. Le fait de ne pas avoir réalisé un réaménagement trop commercial n'a pas empêché les ventes simples hors ordonnance de progresser d'une façon plus importante que prévu. Nous avons donc pris la décision de renforcer notre démarche qualité en optant pour des formations améliorant la prise en charge du malade.

Après une consultation de l'équipe officinale et en accord avec elle, un plan de formation a été établi sur 2 ans.

Une formation destinée à toute l'équipe (nous compris) et effectuée en commun à l'officine a été souscrite auprès de la revue « Prescrire ». Cette formation consistant à améliorer les commentaires d'ordonnance sur différentes pathologies[100] avait pour but d'améliorer la communication entre les patients et l'équipe officinale.

Une deuxième formation réclamée par l'équipe et proposée par le Concept sur les techniques de ventes (2 fois 2 jours) a été programmée selon les dates disponibles sur notre région.

Le but de cette formation était essentiellement destiné à décomplexer un peu plus l'équipe sur le conseil ou la vente associée (bien que le taux de ventes associées à l'ordonnance soit satisfaisant) tout en gardant la rigueur nécessaire à l'application de la démarche qualité.

Les conclusions que nous pouvions tirer des résultats de ce premier exercice étaient qu'une augmentation de chiffre d'affaires doit pouvoir être analysée sur des critères permettant de comprendre les causes de cette augmentation. Maitriser son outil de travail c'est maitriser les paramètres qui conditionnent son fonctionnement.

Pour cela on ne peut pas se contenter de constater une augmentation de chiffre d'affaires, mais il faut vérifier si cette augmentation correspond aux objectifs que l'on s'est fixé.

Même en prenant des précautions pour ne pas être dominé par des éléments non contrôlable et perdre ainsi son indépendance, on peut perdre le contrôle de l'évolution économique de son entreprise si on n'a pas de moyens de contrôle permettant de la comprendre.

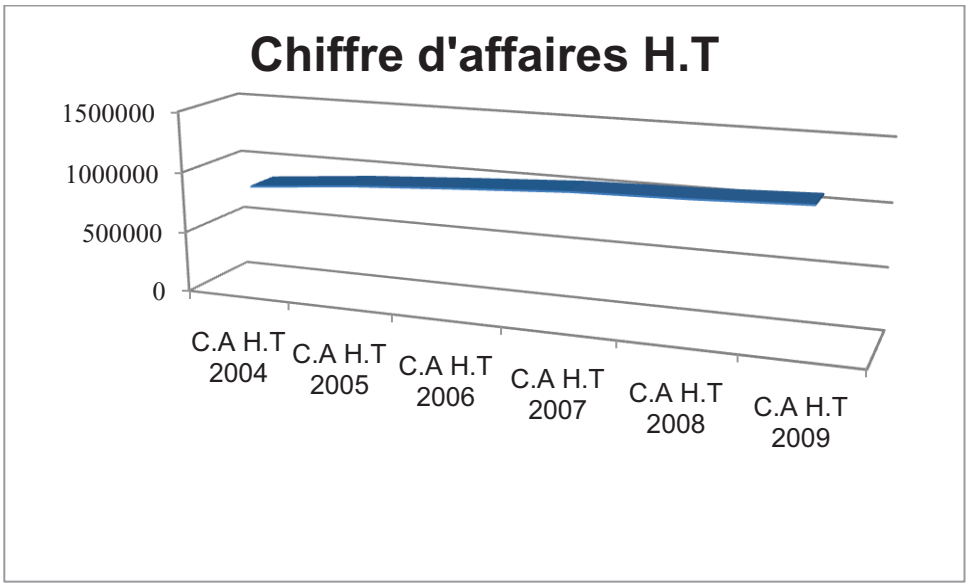
Le résultat de ce premier exercice, même s'il est satisfaisant en termes de chiffre d'affaires, montre malgré tout que la productivité de notre officine s'est légèrement dégradée et que les résultats futurs devaient montrer un redressement, ne serait ce que pour revenir à la productivité d'avant travaux.

[99] Colonne bleue tableau n°23
[100] A raison de 10 formations sur 12 mois

b. Une progression de chiffre d'affaires continue.

Le chiffre d'affaires hors taxes a progressé de prés de 30% depuis les transformations de l'officine.

Tableau n°25

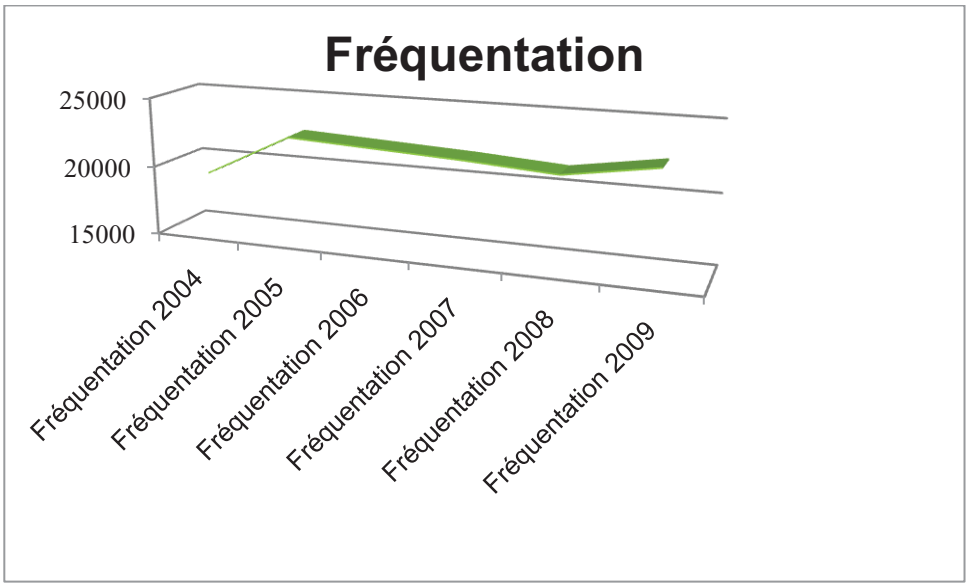


Evolution C.A Pharmacie Folco 2004/2009 (J.P Folco 2010)

Le tableau ci-dessus montre que cette augmentation est régulière sur les 5 ans.

L'effet travaux a permis d'augmenter la fréquentation de 16% dés la première année, cette progression s'est ensuite arrêtée et la fréquentation a baissé très faiblement de 2005 à 2008 pour reprendre une progression en 2009.

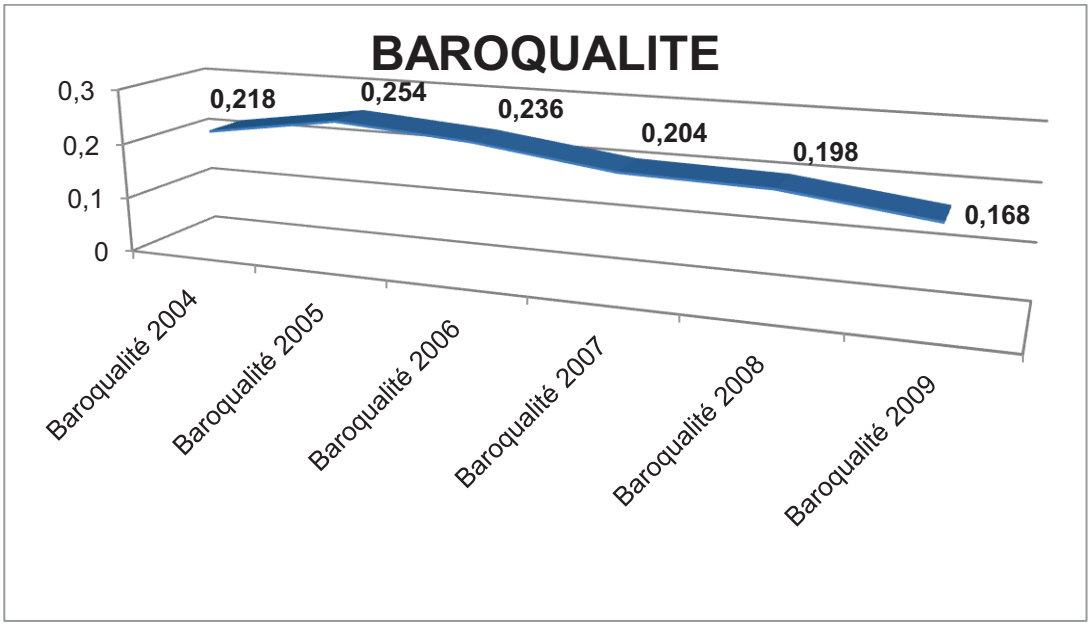
Tableau n°26



Evolution fréquentation pharmacie Folco 2004/2009 (J.P Folco 2010)

La comparaison entre le chiffre d'affaires qui progresse alors que la fréquentation baisse ou stagne montre que dans un mode d'exercice libéral il n'y pas automatiquement de corrélation entre fréquentation et progression de chiffre d'affaires.

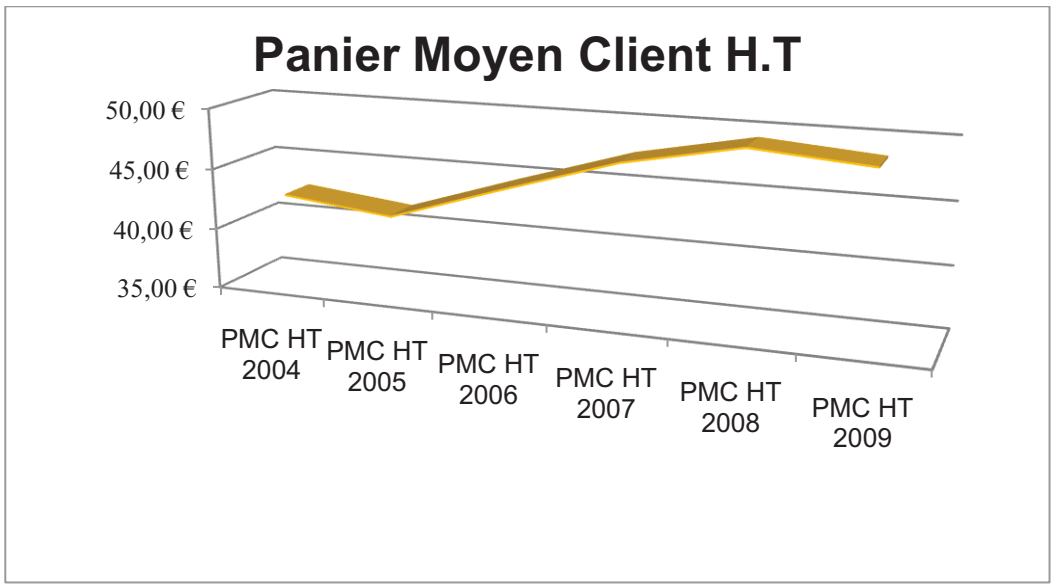
Tableau n°27



Evolution BaroQualité pharmacie Folco 2004/2009 (J.P Folco 2010)

A part la première année ou l'indice de performance se dégrade à cause de l'élargissement du ciblage de la clientèle, du aux transformations, le BaroQualité s'améliore régulièrement ce qui est significatif du bon suivi de la démarche qualité par l'équipe officinale, avec pour conséquence un retour à un ciblage plus précis des patients.

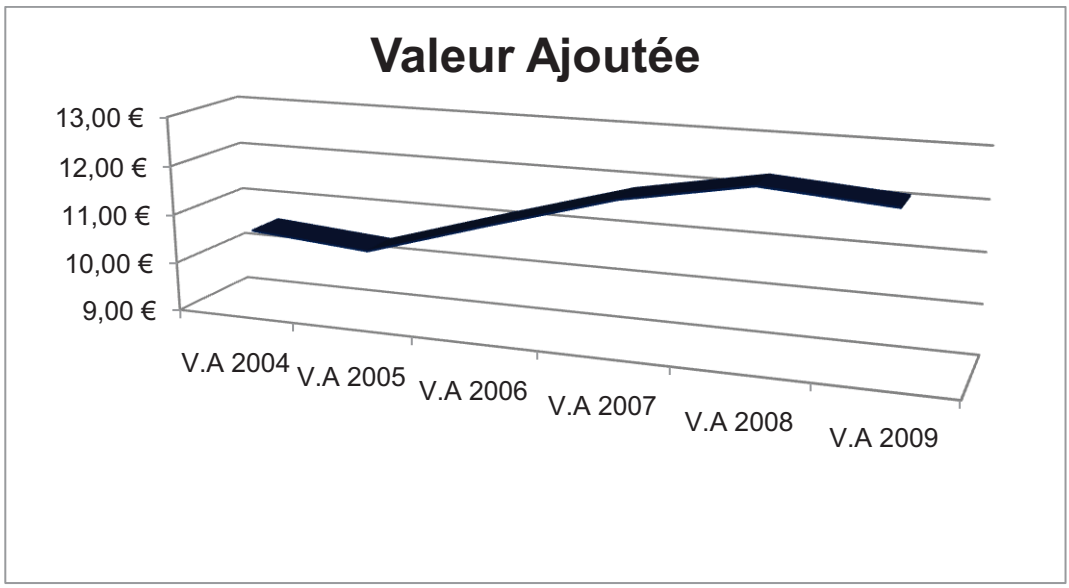
Tableau n°28



Evolution PMC pharmacie Folco 2004/2009 (J.P Folco 2010)

Après la baisse du panier moyen client de la première année post travaux, le panier moyen client progresse régulièrement jusqu'en 2008. En 2009 il baisse légèrement, ce qui est du à la fois à l'augmentation de fréquentation, à l'influence des produits de la réserve hospitalière qui influe fortement sur le niveau du panier moyen ordonnance comme à la baisse des prix du médicament remboursable du fait de l'élargissement du répertoire des génériques et de l'augmentation du taux de substitution. L'amélioration du BaroQualité permet toutefois de comprendre que ce phénomène est compensé.

Tableau n°29



Evolution valeur ajoutée 2004/2009 pharmacie Folco (J.P Folco)

La valeur ajoutée par patient après avoir baissé la première année post travaux augmente régulièrement de 2005 à 2008 pour stagner en 2009.

Notre rémunération a donc progressé de prés de 15% en 3 ans, soit une augmentation de valeur de marge brute d'environ 35 000 € avec une fréquentation identique[101].

5 ans après les transformations tous les objectifs de départ ont été atteints :

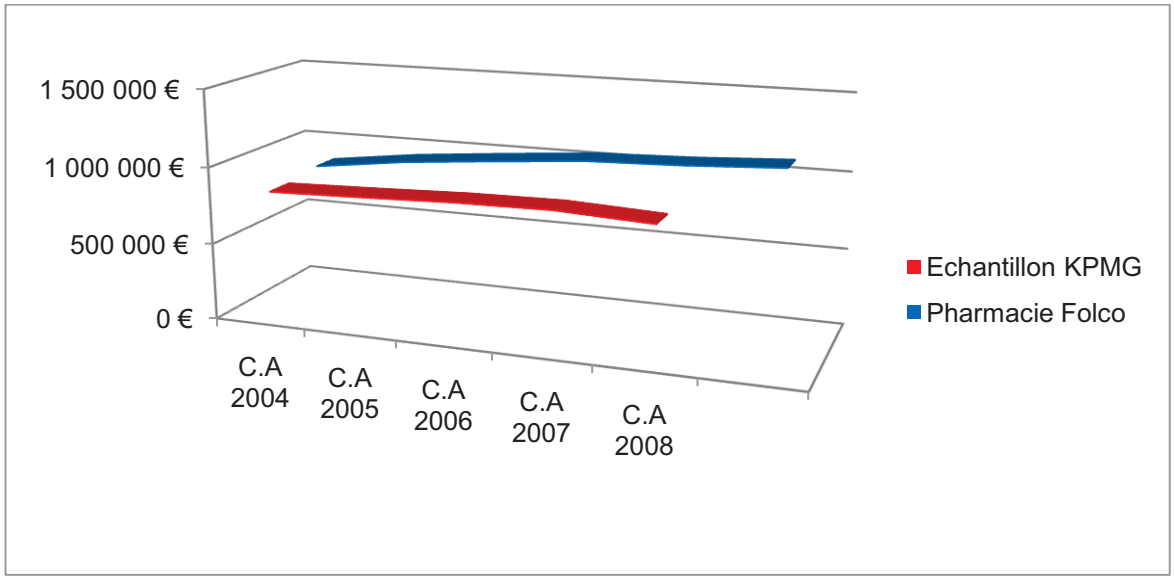
- L'indice de performance s'est amélioré : la démarche qualité a été scrupuleusement respectée et parfaitement assimilée.
- Le chiffre d'affaires a progressé : + 27,10% en 5 ans
- Le panier moyen client a progressé : + 14% en 5 ans
- La rémunération a progressé : + 15,50% en 5 ans
- La fréquentation a été maitrisée et contrôlée.

[101] 22 459 patients en 2009 pour 22 475 patients en 2005

c. Comparatif

Utilisant des indicateurs et un tableau de bord différents de ceux habituellement utilisés par la profession, un comparatif reprenant les critères habituels est nécessaire. Cette comparaison se fera à partir d'éléments fournis par KPMG France premier cabinet d'expertise comptable français (**Biblio** (28) KPMG).

Tableau n°30



Comparatif évolution C.A 2004/2008 échantillon KPMG/pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

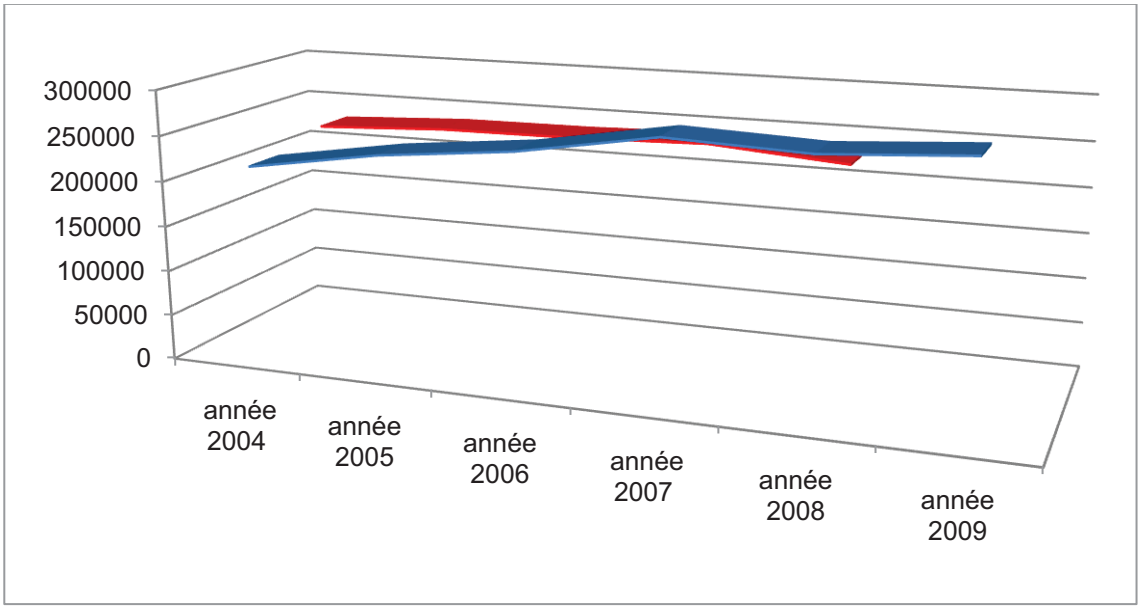
L'étude KPMG porte sur l'évolution économique de 908 pharmacies, représentant un échantillon significatif des tendances lourdes de l'économie officinale. Ci-dessus évolution moyenne du chiffre d'affaires des pharmacies ayant un chiffre d'affaires < 1 100 K€ en comparatif avec l'évolution du chiffre d'affaires de notre officine.

En 2004 le chiffre d'affaires moyen de l'échantillon KPMG est de 826 261 € H.T, celui de notre officine est de 858 658 € H.T.

En 2008 le C.A moyen de l'échantillon est de 842 983 € H.T, celui de notre officine est de 1 058 106 € H.T.

L'augmentation du chiffre d'affaire de l'échantillon KPMG sur la période 2004/2008 est de 2%, l'augmentation du Chiffre d'affaires de notre officine sur la même période est de 18,85%.

Tableau n°31



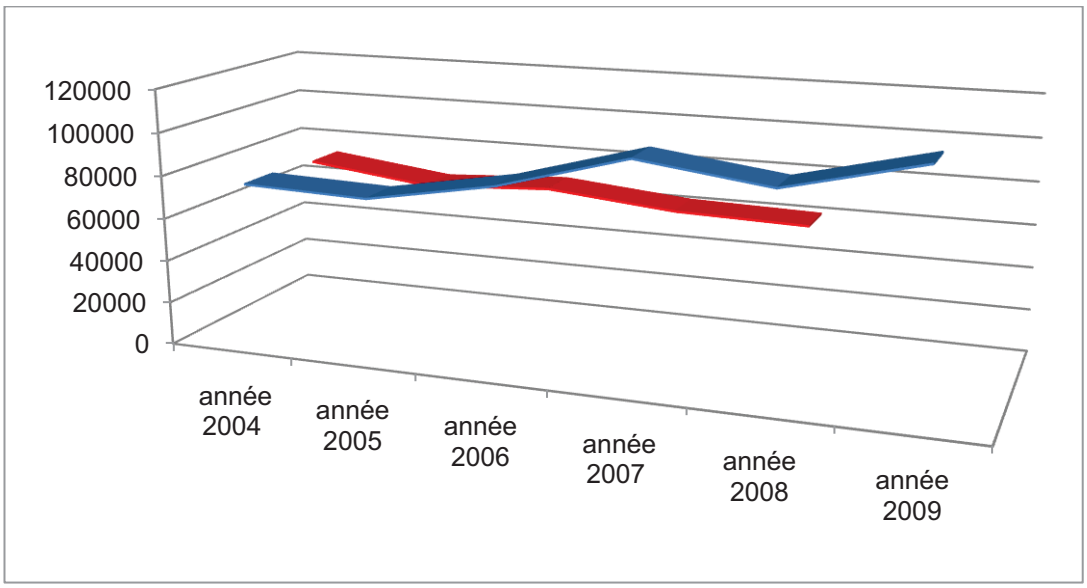
Comparatif évolution valeur de marge 2004/2009 échantillon KPMG/pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

La marge moyenne de l'échantillon KPMG des officines < 1 100 K€ est de 229 701 € en 2004, elle est de 213 044 € pour notre officine.

La marge du même échantillon en 2008 est de 229 460 €[102], la marge de notre officine est de 270 821 €[103]. Pendant 4 ans la marge de l'échantillon n'a pratiquement pas varié, alors que dans notre cas le taux d'évolution de la marge est supérieur au taux d'évolution du chiffre d'affaires.

[102] - 0,10% pour la période 2004/2008
[103] + 27,12% sur la période 2004/2008

Tableau n°32



Comparatif évolution résultat 2004/2009 échantillon KPMG/pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

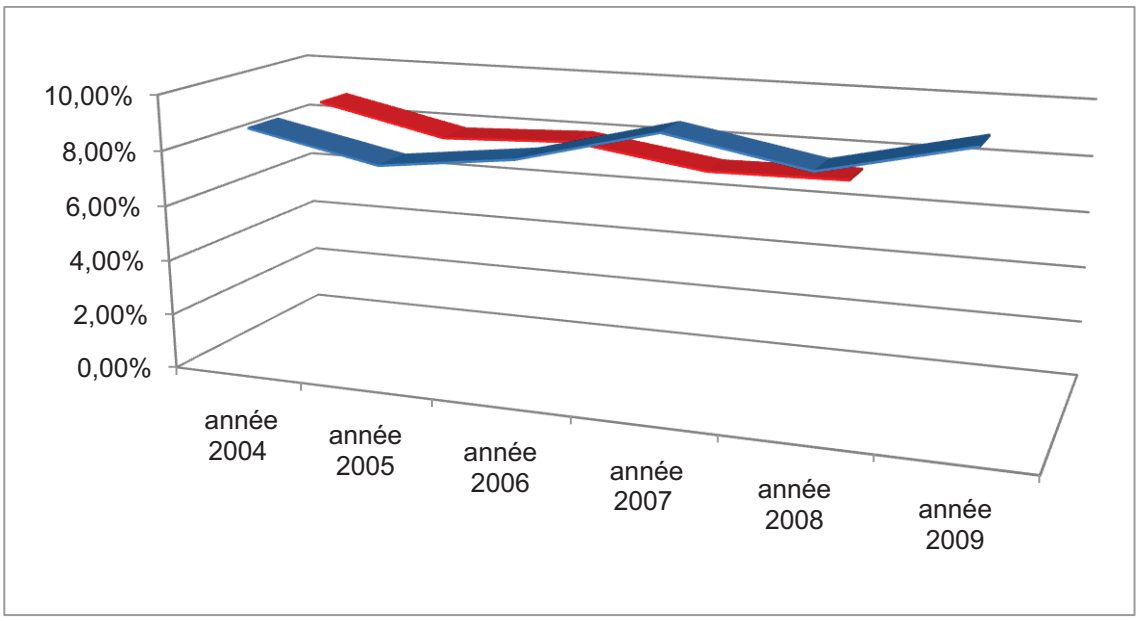
Le résultat de l'échantillon KPMG est de 72 876 € en 2004, il est de 74 677 € pour mon officine.

De 2004 à 2008 le résultat de l'échantillon KPMG se dégrade régulièrement est n'est plus que de 61 538 € en 2008[104]. Alors que le chiffre d'affaires moyen de l'échantillon a augmenté de 2%, le résultat moyen baisse de plus de 15%.

De 2004 à 2008 le résultat de notre officine a, par contre, augmenté régulièrement. En 2008 le résultat est de 92 399 €[105]. L'augmentation de chiffre d'affaires s'est accompagnée d'une augmentation de valeur de la marge et d'une augmentation de résultat.

[104] - 15,56% pour la période 2004/2008
[105] + 23,73% pour la période 2004/2008

Tableau n°33

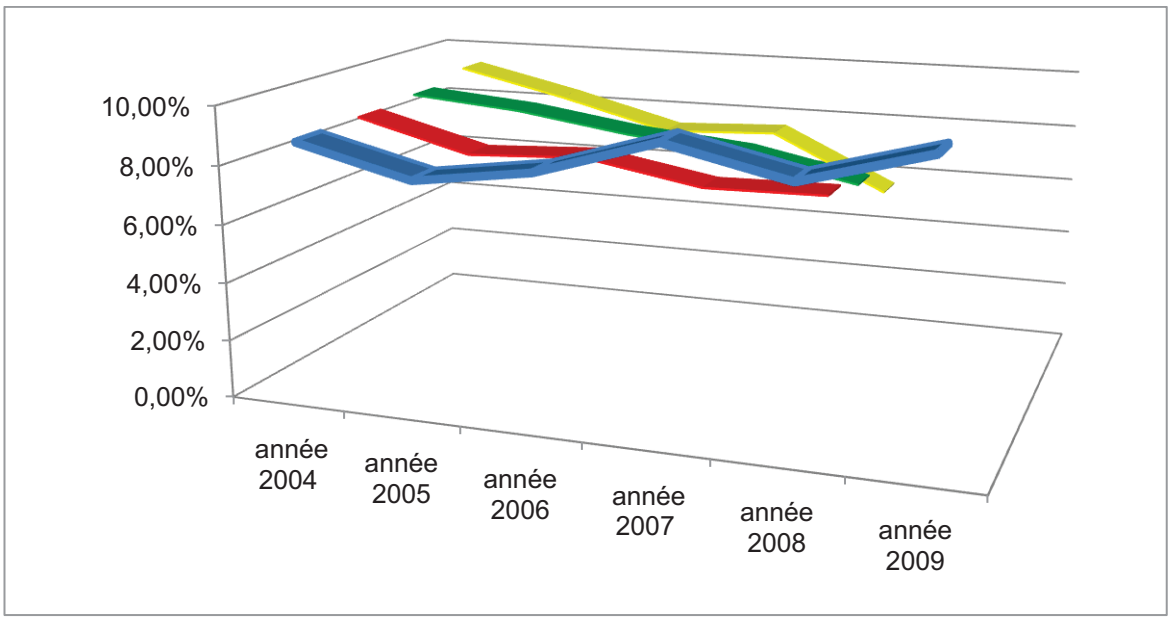


Comparatif évolution rentabilité 2004/2009 échantillon KMPG/pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Le taux de résultat moyen représente la rentabilité de l'officine. Le taux de résultat moyen de l'échantillon KPMG baisse régulièrement de 2004 à 2008. Passant de 8,82% à 7,30% il confirme la baisse des résultats de l'échantillon sur cette période.

Pour notre officine le taux de résultat moyen était inférieur en 2004 avec un taux de 8,71% contre 8,82% pour l'échantillon. Par contre sur la période 2004/2008 ce taux varie très peu et atteint 8,63% en 2008.

Tableau n°34



Comparatif évolution rentabilité 2004/2009 groupes KPMG/pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Comme le montre ce tableau la totalité des groupes de l'échantillon KPMG ont un taux de résultat moyen qui se dégrade de 2004 à 2008.

Les officines dont le C.A est compris entre 1 100 K€ et 2 200 K€[106] voient leur taux de résultat moyen passé de 8,95% en 2004 à 6,78% en 2008.

Les officines dont le C.A est >2 200 K€[107] ont leur taux de résultat moyen qui chute de 9,34%[108] en 2004, à 5,62%[109] en 2008.

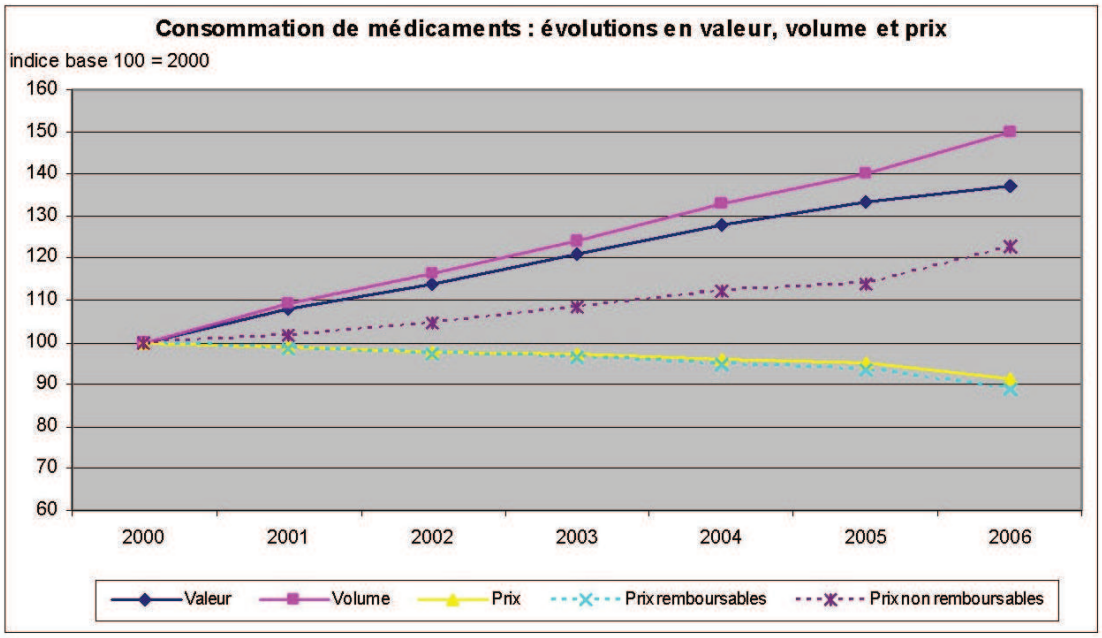
Par rapport au résultat général, notre officine tire son épingle du jeu en améliorant constamment ses résultats à l'inverse de la généralité de la profession selon l'étude KPMG[110].

Pourtant notre développement ne repose pas sur les principes retenus par l'ensemble des responsables économiques de notre profession, la simple consultation du tableau suivant devrait amener à se poser des questions sur le sens des démarches qui nous sont proposées.

[106] Courbe Verte
[107] Courbe Jaune
[108] Le taux le plus élevé de toutes les officines
[109] Le taux le plus bas de toutes les officines
[110] Courbe bleue pour mon officine

Tableau n°7

Graphique 2 - La consommation de médicaments : évolutions en valeur, prix et volume.



Sources : Drees, comptes de la santé 2006 ; Insee.

Activité des officines et revenus des titulaires juillet 2009. Biblio (9)

On voit très clairement que la marge en valeur progresse régulièrement malgré la baisse du prix du médicament. C'est une conséquence du mélange des princeps qui possède la MDL avec les médicaments génériques qui gardent la valeur ajoutée de leur princeps, mais dont le prix de remboursement est inférieur de 50%.

L'augmentation du taux de substitution et l'élargissement du répertoire font baisser le prix moyen du médicament remboursable. La marge en valeur est conservée grâce aux génériques et est augmentée par le glissement régulier des prescriptions vers des produits plus chers donc plus rémunérateurs. Si par exemple le montant total des remboursements des médicaments progresse, même modestement, avec une augmentation du taux de substitution et une baisse des volumes, cela veut dire que les prescriptions ont glissé vers des produits plus chers, compensant ainsi la baisse du montant de remboursement provoquée par l'amélioration de la substitution et la valeur de la marge va alors progresser.

Pour profiter de cette amélioration de valeur ajoutée, il faut suivre une démarche précise pour dispenser les traitements les plus rémunérateurs, donc concevoir une démarche de professionnel de santé.

D'où l'intérêt de bien comprendre comment se décompose le panier moyen ordonnance et la valeur ajoutée qui lui est attachée.

C. Mécanique économique du modèle libéral.

Exercer d'une façon libérale sans céder au commercialisme deviendrait de plus en plus difficile sans nuire à l'équilibre économique de son officine (**Biblio** (26) BESSET). Le modèle économique libéral serait donc non viable.

1. Pharmacien : un professionnel de santé à part entière et un chef d'entreprise.

Ethique et déontologie sont les bases de notre exercice et de notre mission de santé publique. Il n'en reste pas moins vrai que le pharmacien libéral est aussi un chef d'entreprise qui doit préserver son économie.

Comme professionnel de santé il se doit de répondre aux besoins des malades qui viennent auprès de lui pour ses conseils, l'objectivité de sa réponse ne doit pas être influencée par des considérations économiques. Comme professionnel de santé libéral le pharmacien tire sa rémunération de la marge des médicaments qu'il vend, mais cette vente vient éventuellement en complément de son conseil.

Le refus de vente fait partie intégrante de la fonction du pharmacien, c'est une différence de plus avec le distributeur spécialisé. Le pharmacien libéral est maitre de son outil de travail et il fait le choix de son mode d'exercice.

S'il exerce comme un libéral le pharmacien va répondre aux besoins de son patient sans penser à ce que son conseil peut lui rapporter. Professionnel du médicament, le pharmacien libéral n'exerce pas en fonction du statut du produit qu'il vend mais en fonction des problèmes que le patient lui expose. De professionnel du médicament, le pharmacien libéral est devenu professionnel de la médication.

En assimilant le conseil du pharmacien au conseil d'un distributeur spécialisé, beaucoup de pharmaciens ont développé des stratégies ou le conseil devient l'aboutissement de la vente d'où une confusion économique dans leur rôle de chef d'entreprise.

Depuis 20 ans et la création de la MDL, le médicament remboursable est rendu responsable des difficultés économiques des officines. Devant faire des choix, le pharmacien chef d'entreprise est amené à prendre des décisions économiques, conseillé par les nombreux spécialistes entourant notre profession. L'exercice libéral est souvent mis entre parenthèse au profit d'un exercice plus commercial, considéré comme plus rémunérateur.

L'activité du pharmacien libéral est décrite comme suit par l'académie de pharmacie (**Biblio** (29) AnP) :

Délivrance et actes de dispensation

- Analyse critique de l'ordonnance
- Conseil pharmaceutique
- Refus de vente

Education à la santé et prévention

- Participation aux campagnes de santé
- Traçabilité et retrait de lots
- Pharmacovigilance
- Autres vigilances

Gardes, Urgences et Premier recours

- Permanence des soins
- Contraception d'urgence

Acteur socio-économique

- Maîtrise des dépenses de l'assurance maladie
- Acteur dans la lutte contre la toxicomanie
- Collecte et télétransmission des informations
- Lien social

En résumé, le pharmacien d'officine, généraliste dans tous les domaines de la santé et de l'hygiène, accomplit ces différentes missions, mais son rôle est loin d'être reconnu et valorisé.

Pour assurer son développement le pharmacien libéral et chef d'entreprise ne dispose quasiment que de la valeur de la marge commerciale des médicaments[111].

Cette valeur n'a pas cessé d'augmenter depuis 20 ans[112] et a assuré le développement économique des officines. En remplissant son rôle d'acteur de santé publique, le pharmacien libéral associe son exercice libéral avec la conduite économique de l'entreprise, comme le préconise Yves Bot dans ses conclusions (**Biblio** (2) BOT).

Le pharmacien chef d'entreprise doit mettre en place un environnement donnant une image propice à un développement conforme au respect de la mission de santé publique qui lui est confiée.

[111] La part du médicament représente 94% du chiffre d'affaires national des officines selon l'INSEE et le DREES
[112] Voir tableau page 68

2. Composition du chiffre d'affaires du pharmacien libéral

La plus grande partie du chiffre d'affaires des officines libérales et de la valeur ajoutée qui s'y rattache dépend d'un faible nombre de médicaments qui se restreint régulièrement avec le temps, du fait de l'augmentation du prix des nouvelles molécules mises sur le marché.

Le tableau[113] ci-dessous montre que les 200 premiers médicaments vendus représentent, en 2008, à eux seuls prés de 60% du Chiffre d'affaires total avec seulement 32%% des volumes de dispensation.

Tableau n°6

	En valeur 1998	En valeur 2008	En volume 1998	En volume 2008
20 premiers médicaments	13,90%	18,20%	15,80%	8,80%
50 premiers médicaments	25,80%	31,00%	26,00%	12,40%
100 premiers médicaments	39,40%	43,80%	37,30%	21,30%
200 premiers médicaments	56,40%	58,20%	52,60%	31,80%
500 premiers médicaments	80,10%	76,90%	74,90%	54,80%

Site LEEM. Biblio (11)

En 1998, 10 ans avant, ces 200 premiers médicaments représentaient sensiblement le même chiffre d'affaires[114] mais avec un volume de ventes 1,65 fois supérieur ! Ceci montre une augmentation importante des prix, et le prix moyen en 2008 de ces 200 premiers médicaments est pratiquement le double du prix moyen national du médicament.

Ces médicaments sont utilisés pour les traitements de pathologies chroniques, comme plus de 90% des médicaments remboursables. Du fait de la concentration du chiffre d'affaires sur moins de 10% des références, les traitements chroniques sont beaucoup plus onéreux que les traitements saisonniers ou occasionnels. Le rapport va de 1 à 3,5.

Les traitements chroniques se retrouvant préférentiellement dans les tranches d'âge supérieures à 60 ans[115], les patients majoritairement porteurs de prescriptions pour des pathologies chroniques représentent en 2010 22,60% de la population[116].

La consultation des statistiques IMS Pharmastat[117], montre que la pyramide des âges des patients fréquentant une officine pour se soigner et prendre leur traitement n'est pas la même que la pyramide des âges de la population Française. La moyenne d'âge des patients fréquentant les officines pour se soigner est plus élevée que la moyenne d'âge de la population française.

[113] **Biblio** (11)LEEM
[114] 56,40% en 98, 58,20%en 2008
[115] 70% des ALD se retrouvent chez les plus de 60 ans
[116] Source : INSEE, estimations de population
[117] Fournies mensuellement à plus de 13 000 officines faisant partie du panel

L'élévation de la moyenne d'âge dans la population des patients fréquentant notre officine par rapport à la moyenne d'âge de la population de notre zone de proximité[118] influe sur la composition de notre chiffre d'affaires.

La moyenne d'âges des patients détermine le panier moyen des ordonnances. La concentration du chiffre d'affaires[119] sur peu de références chers rend les traitements chroniques plus couteux et le panier moyen ordonnance des plus de 60 ans est nettement supérieur au panier moyen du reste de la population. Ceci s'explique principalement par le fait que prés de 70% des affections ALD sont concentrés sur les tranches d'âges des plus de 60 ans[120], et que le panier moyen ALD est actuellement plus de 3 fois supérieur à la moyenne du panier moyen des autres ordonnances.

Cet écart dans les paniers moyens fait que le chiffre d'affaires réalisé par les patients de notre officine se concentre sur les plus de 40 ans, les plus de 60 ans réalisant même prés de 60% du C.A.

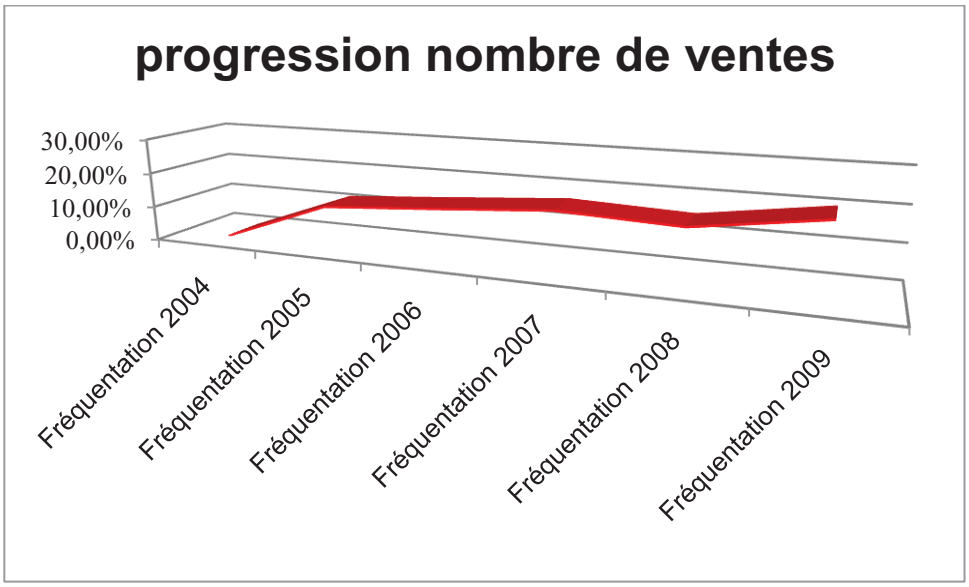
Le panier moyen ordonnance France ne dépend pas du mode d'exercice des pharmaciens, mais de la moyenne d'âge de la France, ainsi les statistiques départementales Pharmastat montrent bien qu'un département plus jeune que la France[121] possède un panier moyen ordonnance plus faible[122].

Pour chaque pharmacie le panier moyen ordonnance dépend donc de la moyenne d'âge de la clientèle ciblée par la stratégie de développement du titulaire. En adoptant un exercice libéral nous avons répondu au besoin des malades de notre zone de proximité et développé notre chiffre d'affaires en accompagnant une majorité de patients souffrant de maladies chroniques. L'utilisation d'indicateurs pertinents nous permet de suivre précisément les résultats de notre démarche,

L'indicateur de fréquentation généralement retenu par les titulaires est le nombre de ventes qui est assimilé au nombre de clients. Dans le cadre de notre développement, nos ventes ont augmenté depuis 5 ans, après mes travaux, alors que ma fréquentation a stagné sinon régressé.

[118] Ma zone de proximité possède une moyenne d'âge et un taux de plus de 60 ans quasi identique à la moyenne France, au contraire du département de l'Isère plus jeune.
[119] 80% du Chiffre d'Affaires avec moins de 10% des références
[120] Selon l'avis du HCAAM d'avril 2010
[121] Comme mon département l'Isère
[122] Près de 15% de moins pour l'Isère par rapport au panier moyen France

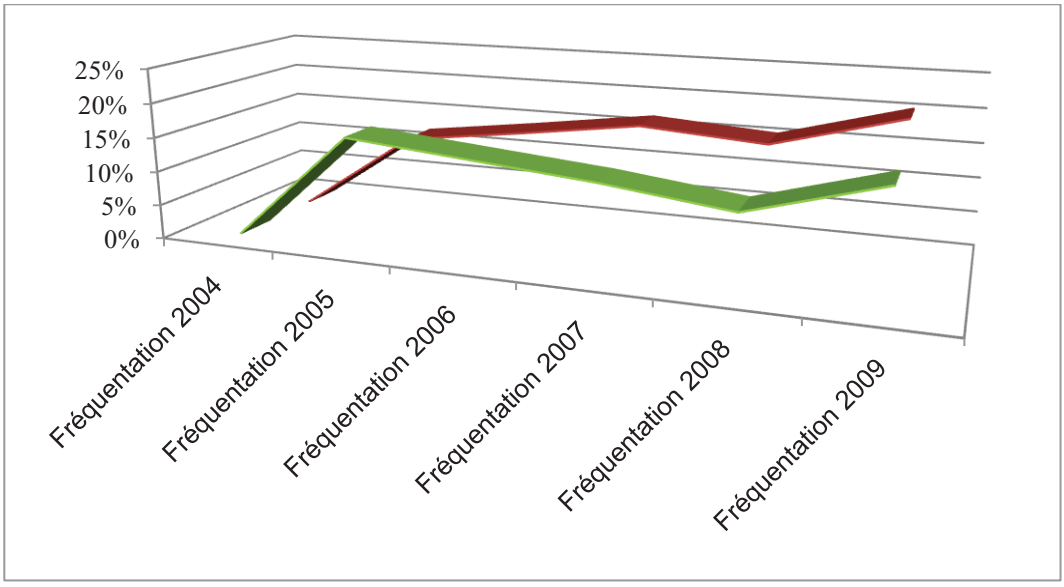
Tableau n°35



Evolution nombre de ventes 2004/2009 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

On voit bien que les ventes évoluent positivement depuis 2004, sauf que le nombre de ventes peut évoluer positivement et pas la fréquentation, le rapprochement avec la courbe de notre fréquentation est pour cela édifiante.

Tableau n°36



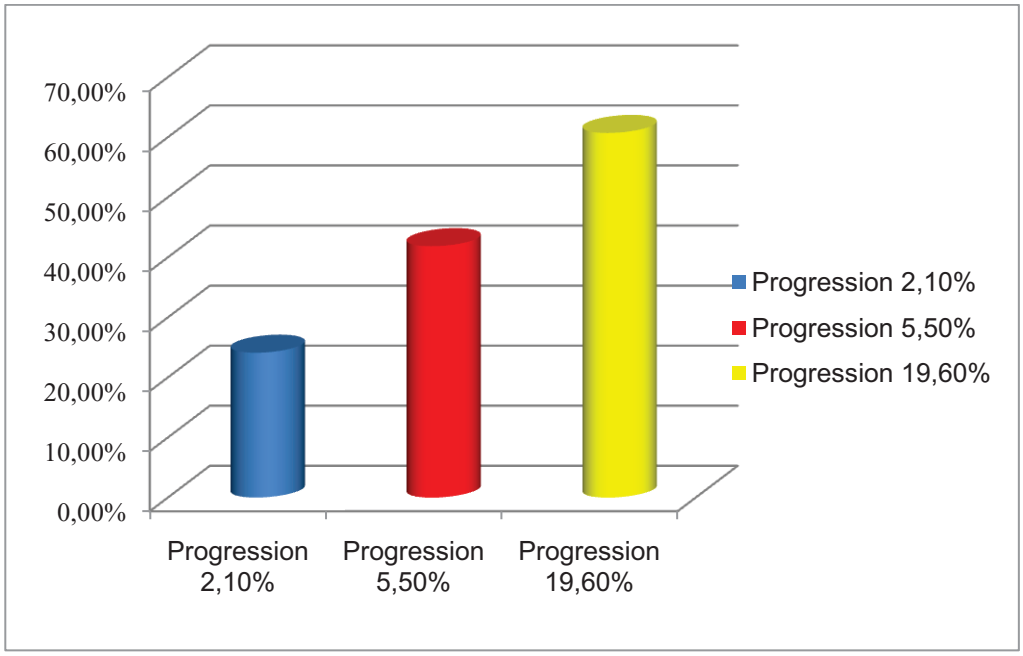
Comparatif évolution fréquentation – nombre de ventes 2004/2009 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

On voit bien que si le nombre de ventes augmente quand la fréquentation augmente[123], il continue à augmenter même quand la fréquentation baisse. Ceci est significatif de la force de la démarche qualité.

[123] Courbe verte

Un deuxième indicateur systématiquement retenu est le taux de TVA. La profession retient ces indicateurs pour suivre le développement économique de l'officine. Ainsi par exemple, un développement de la parapharmacie correspond à une progression du taux de TVA 19,60%. Dans le cas de mon officine, en 5 ans les ventes de parapharmacie auraient progressé de 60%, les ventes d'OTC auraient progressé de 42% et le C.A ordonnance progressé de plus de 24%.

Tableau n°37

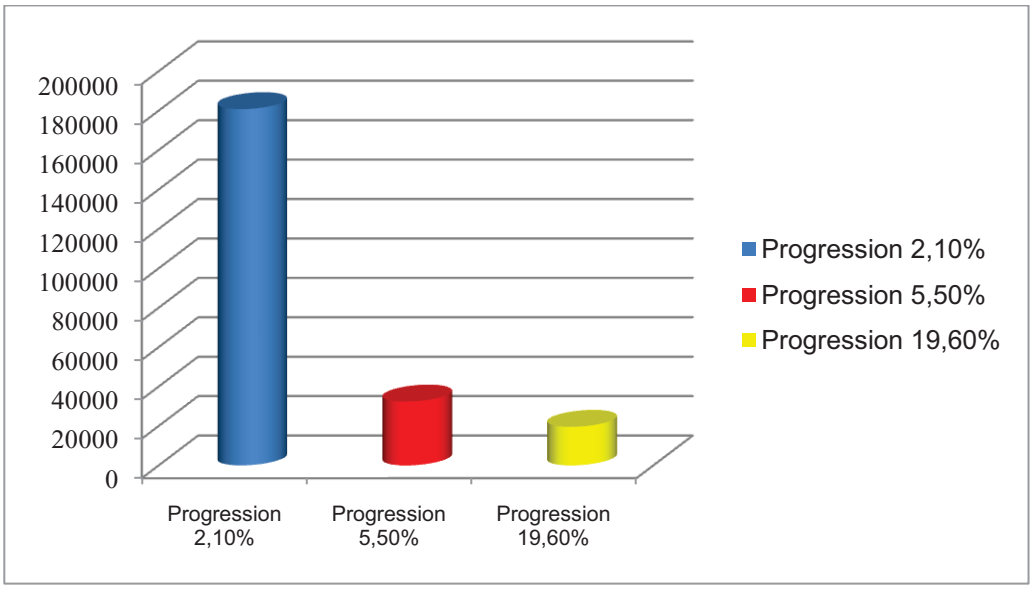


Comparatif progression par taux de TVA pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

L'analyse traditionnelle des progressions par taux est de lier la progression générale du chiffre d'affaires à la progression du taux de TVA 19,60%, comportant a priori des produits plus rémunérateurs, qui serait le vecteur de la progression des autres taux, le taux de TVA 5,50% représentant les produits OTC et le taux 2,10% les ordonnances.

Par contre en termes de progression en valeur du chiffre d'affaires, l'analyse des progressions des taux de TVA ne donne pas lieu à la même interprétation.

Tableau n°38



Comparatif progression par valeur de taux de TVA pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

L'écart de progression en C.A du taux de TVA 2,10% par rapport aux autres taux est tel que l'on ne peut pas attribuer la progression du chiffre d'affaires à la progression du taux 19,60%.

On ne peut donc pas expliquer une progression de chiffre d'affaires en utilisant des indicateurs aussi imprécis, sous peine de perdre la maitrise économique de son outil de travail et donc perdre son indépendance.

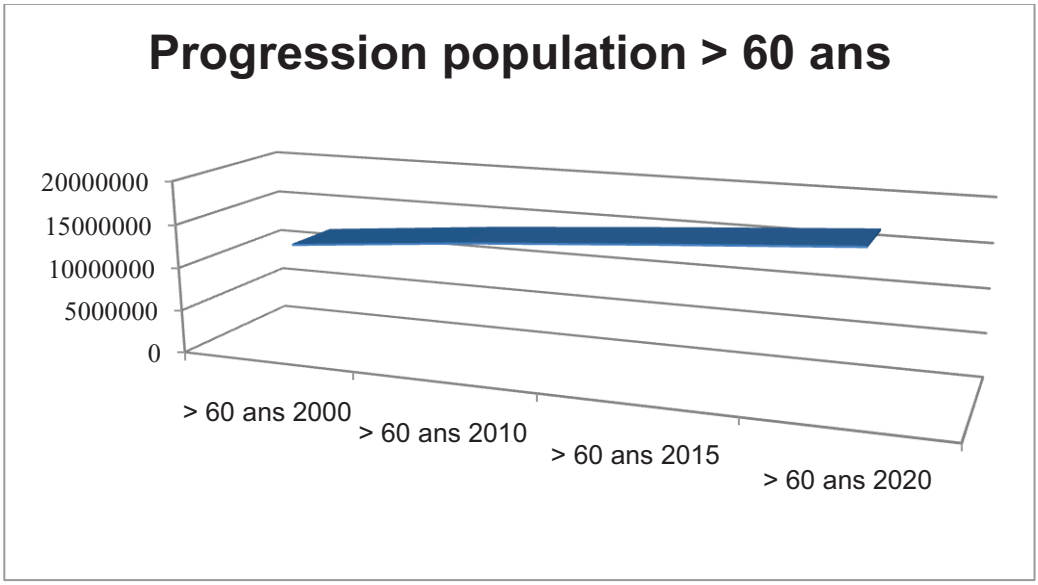
La comparaison des courbes d'évolution de la fréquentation et des ventes fait apparaitre clairement que dans le cadre d'un développement, la progression de chiffre d'affaires ne dépend pas nécessairement de la seule augmentation du trafic mais serait plutôt dépendante de la stratégie de développement du titulaire.

En respectant sa mission de santé publique, le pharmacien professionnel de santé libéral, prend en charge la médication des malades en devant respecter des règles d'éthique et de déontologie. Une démarche libérale se caractérise par un développement basé sur une mise en avant des compétences professionnelles du titulaire et repose sur la notoriété qu'elles apportent. L'unicité de la démarche au sein de l'équipe officinale et la qualité de service qui en découle, rajoutées au tiers payant devenu incontournable, fait que le malade voit son pharmacien comme un véritable professionnel de santé.

La plus grosse partie du chiffre d'affaires est, dans le cadre de cette démarche, réalisée par des malades de plus de 60 ans. Une enquête réalisée par le CSA pour Forum Santé (**Biblio** (27) FORUM-SANTE), montre que 92% des plus de 60 ans sont fidèles à une seule pharmacie contre 80% pour l'ensemble de la population. Un sondage réalisé dernièrement par l'Ordre des pharmaciens montre que 97% de la population plébiscite à la fois le pharmacien de proximité confirmant l'enquête CSA de FORUM-SANTE, et la démarche libérale de la majorité des pharmaciens.

Cette population des plus de 60 ans à un taux de progression supérieur au taux de progression global de la population française, d'où le vieillissement de la population.

Tableau n°39



Evolution population France + 60 ans 2000/2020 (J.P Folco 2010)

Les zones de proximité des officines s'enrichissent donc régulièrement d'un nombre potentiel de traitements chroniques du fait de la progression de la population des plus de 60 ans.

Les démarches libérales permettant de conserver et même d'améliorer le pourcentage normal des plus de 60 ans, un renforcement de cette image libérale par un environnement adapté permet de faire évoluer son chiffre d'affaires en augmentant le pourcentage des ordonnances dans les ventes.

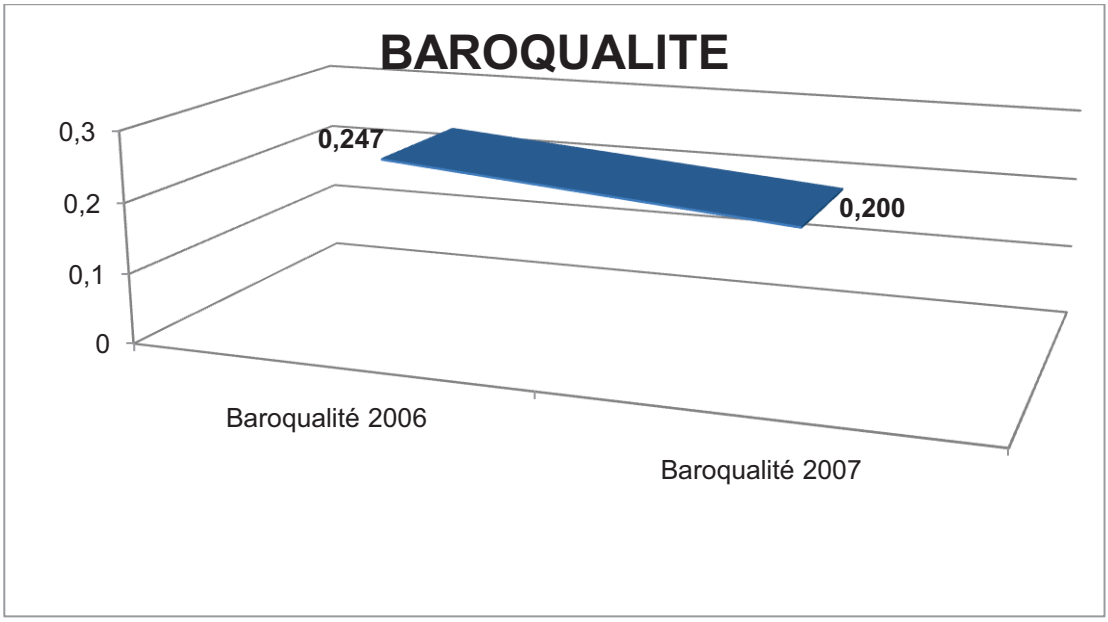
La synergie existant entre l'image, la démarche qualité, l'augmentation du coût des traitements chroniques fait que le chiffre d'affaires augmente régulièrement sans l'obligation de faire augmenter son trafic autrement qu'en exerçant son métier. Une augmentation de fréquentation trop importante, même en maitrisant son outil économique, entraine une diminution de la productivité par la diminution du panier moyen client que cette augmentation apporte.

Une analyse de différentes progressions de notre chiffre d'affaires confirme la prédominance de la démarche libérale pour une maitrise de son économie.

a. *Analyse progression janvier-décembre 2007/janvier-décembre 2006*

La progression de l'année 2007 par rapport à l'année 2006 est de 8,20%.

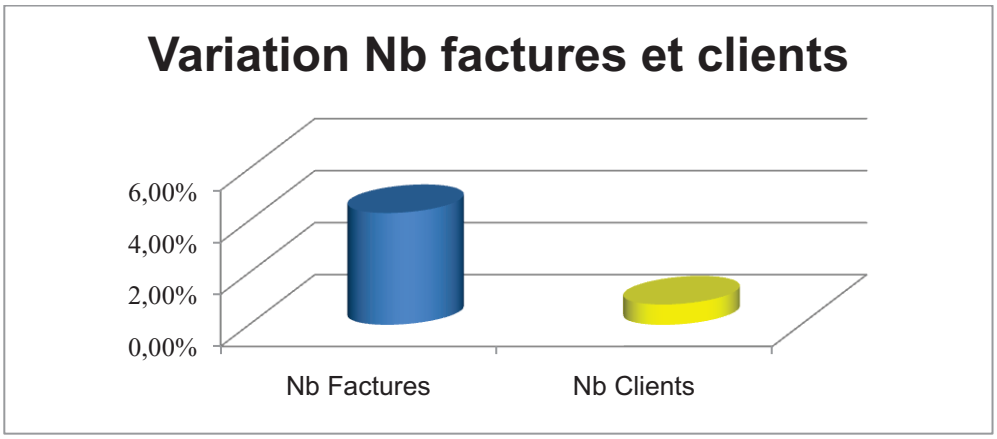
Tableau n°40



Variation BaroQualité 2006/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

L'indice de suivi de performance[124] en passant de 0,247 à 0,200 indique une amélioration de la démarche qualité avec une amélioration du taux de ventes associées à l'ordonnance et une diminution des ventes simples hors ordonnances.

Tableau n°41

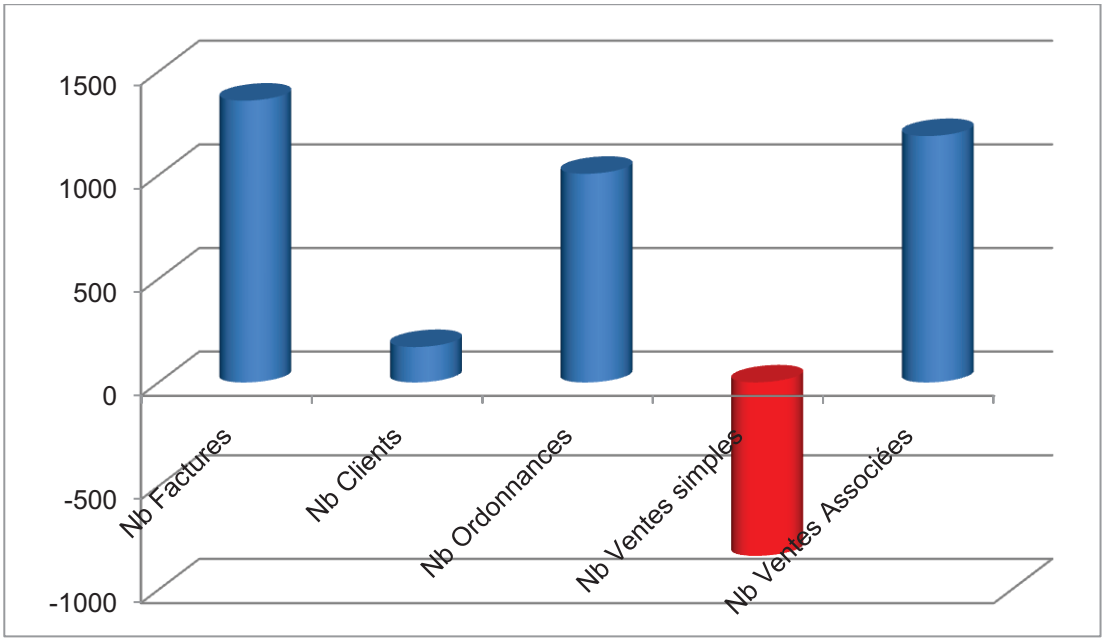


Comparatif nombre factures et nombre clients pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

[124] Baroqualité

Tableau n°42

La progression du nombre total des ventes est bien supérieure à la progression du nombre de clients.



Evolution paramètres 2006/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Le nombre d'ordonnances supplémentaires correspond à la somme du nombre des ventes simples perdues et du nombre de clients supplémentaires, ce qui correspond à une modification de la nature de la fréquentation de notre officine due à la démarche libérale.

Pour l'année 2007 par rapport à 2006, le nombre de clients augmente de 147 unités[125], le nombre de ventes simples baisse de 836 unités[126], le nombre de ventes associées à l'ordonnance augmente de 1 189 unités[127] et le nombre d'ordonnance augmente de 1 007 unités[128]

L'amélioration du taux de ventes associées détectée par l'amélioration du BaroQualité se traduit par une augmentation du nombre de ventes associées à l'ordonnance, ce nombre compensant largement la diminution du nombre des ventes simples, avec un solde positif de 353 ventes.

Cette analyse des ventes permet de comprendre en partie pourquoi le panier moyen client a augmenté, le simple fait que des ventes inférieures à 10 € soient remplacées par des ventes supérieures à 50 € étant un début d'explication.

Le panier moyen ordonnance augmente de 3,09% à cause de l'augmentation du coût des traitements chroniques et du coût des produits de la réserve hospitalière. Cette

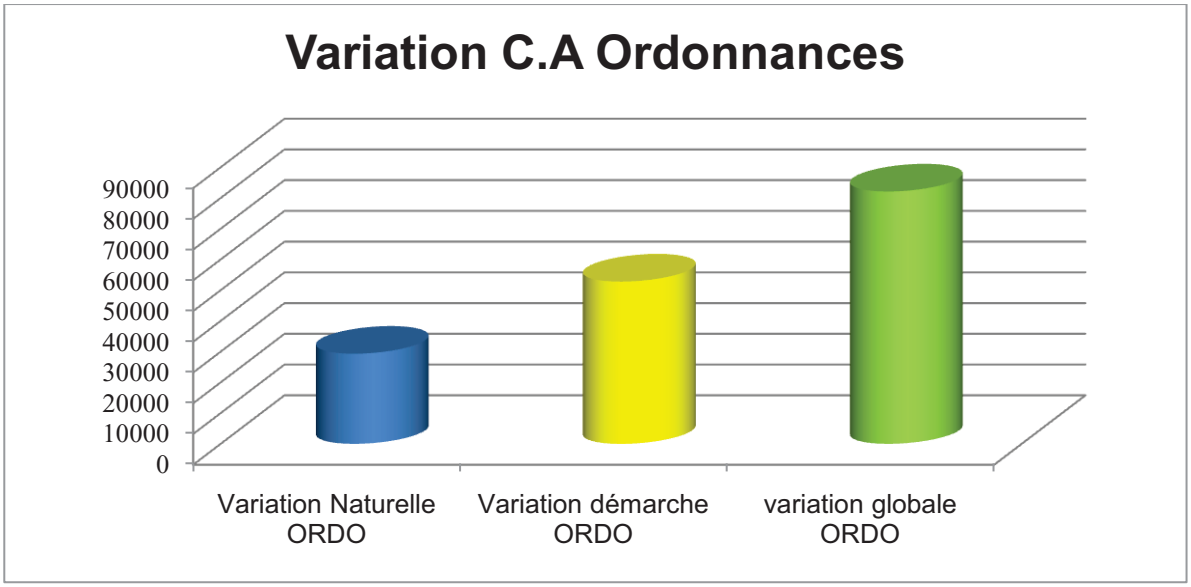
[125] + 0,79%
[126] - 28,47%
[127] + 21,15%
[128] + 5,39%

augmentation se reporte sur le panier moyen vente qui ne progresse que de 2,93% à cause de la baisse de 1,60% du panier moyen vente hors ordonnance.

Le panier moyen client augmente de 8,40% ce qui est due essentiellement à l'amélioration de la démarche qualité qui a permis d'augmenter significativement le taux des ventes associées à l'ordonnance.

L'augmentation du chiffre d'affaires ordonnance est due à la combinaison de l'amélioration du panier moyen ordonnance et de l'augmentation du nombre d'ordonnances.

Tableau n°43



Evolution C.A ordonnances 2006/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

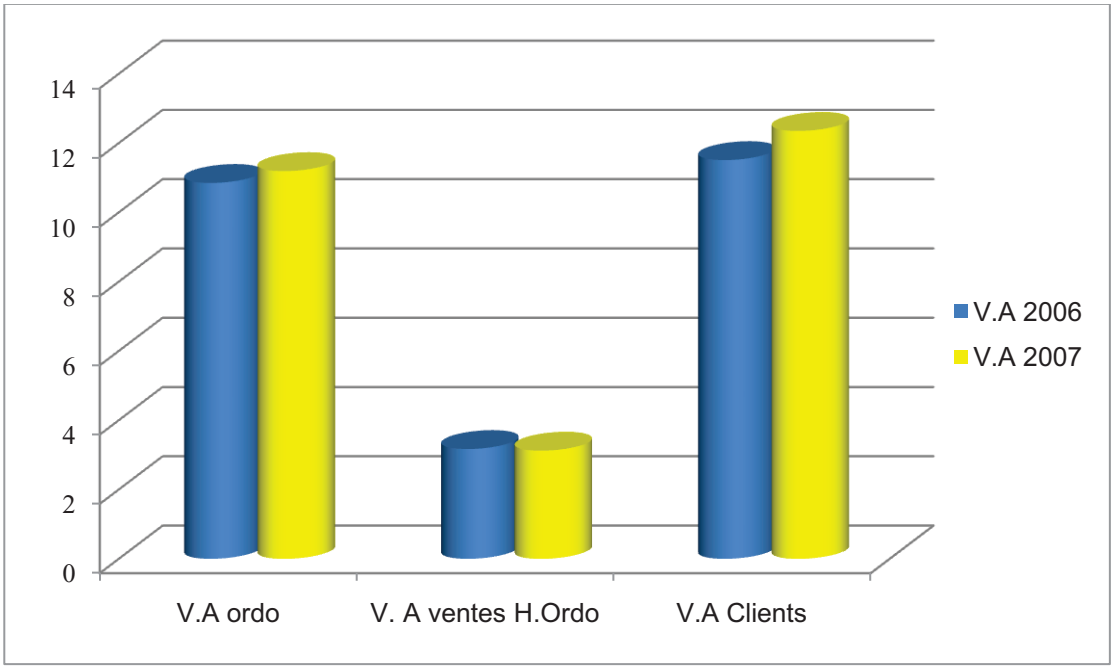
L'amélioration du panier moyen ordonnance est une augmentation naturelle due au renchérissement des traitements chroniques, cette augmentation profite généralement aux officines possédant une clientèle ayant une moyenne d'âge proche de la moyenne France. Donc dans l'augmentation de chiffres d'affaires ordonnance de l'exemple choisi, une partie est due à la variation naturelle du panier moyen[129]. L'autre partie étant due à la progression du nombre grâce à la démarche qualité[130] appliquée par l'équipe officinale.

Si la démarche a permis de modifier la composition de la clientèle, elle a aussi permis d'améliorer le panier moyen client en augmentant le taux des ventes associées à l'ordonnance. Ainsi si le panier moyen ordonnance augmente de 3,09% le panier moyen client augmente de 8,40%.

Les valeurs ajoutées sont aussi en augmentation, en particulier la valeur ajoutée apportée par le panier moyen client qui augmente de 7,30%.

[129] Colonne bleue
[130] Colonne jaune

Tableau n°44



Evolutions valeurs ajoutées 2006/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

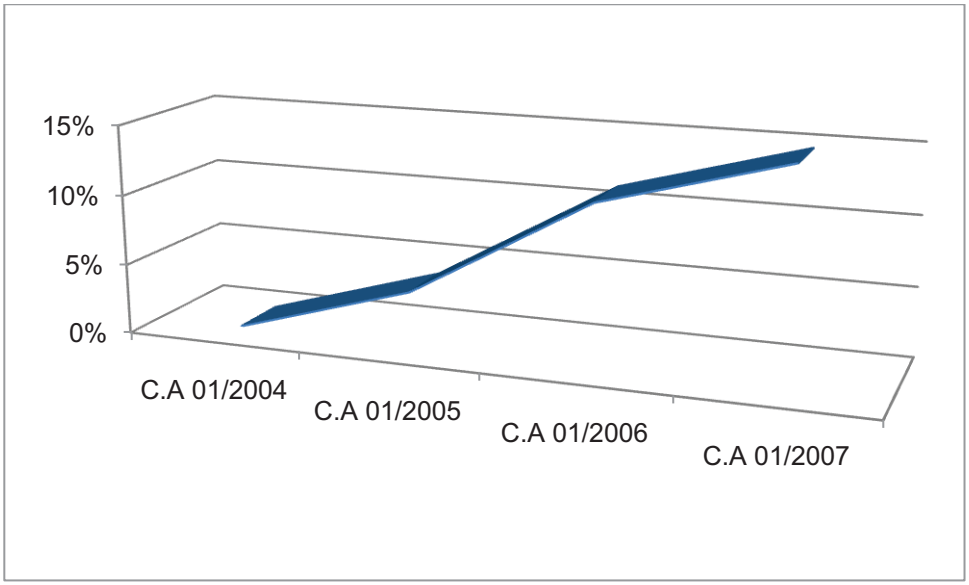
La rémunération sur la période analysée se monte en moyenne à 12,35 € alors qu'elle était de 11,51 € pour la période N -1. En multipliant cette valeur par le nombre de clients on obtient le montant de la valeur brute de la marge bilan.

La valeur de la marge brute augmentant, et les charges salariales n'augmentant pas, l'EBE[131] s'améliore.

[131] Excédent Brut d'Exploitation

b. Analyse progression 01/2004 – 01/2005 – 01/2006 – 01/2007

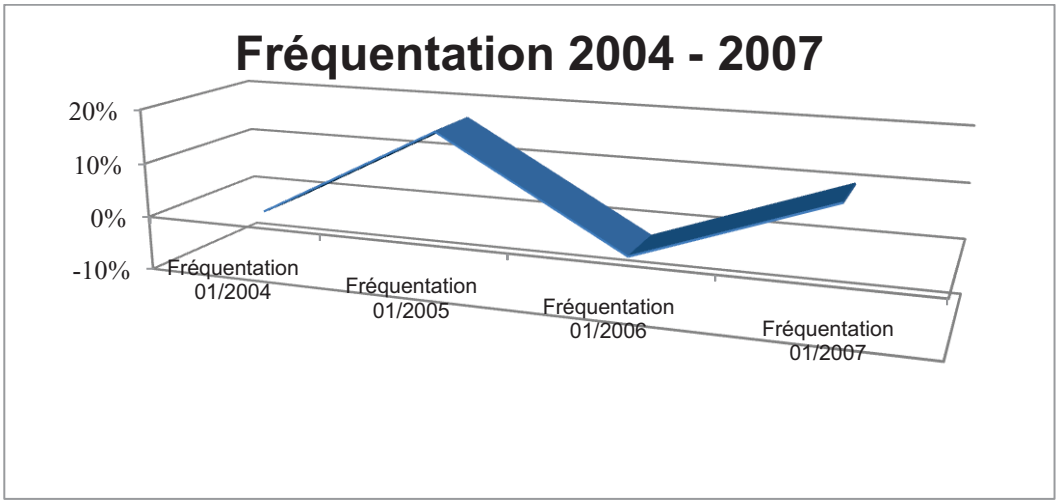
Tableau n°45



Evolution C.A 2004/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

La progression du chiffre d'affaires pour les 3 mois de janvier consécutifs aux transformations est continue.

Tableau n°46



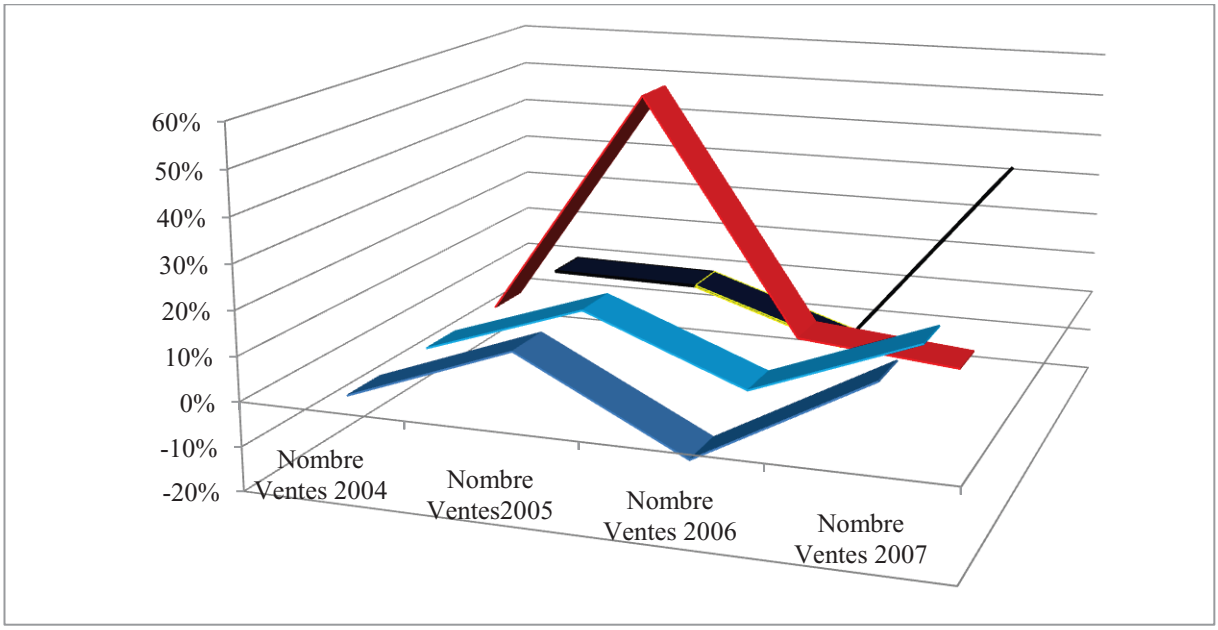
Evolution fréquentation 2004/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

La progression de la fréquentation est importante pour janvier 2005, consécutivement aux transformations de l'officine, par contre janvier 2006 enregistre une grosse baisse de fréquentation[132], alors que c'est le mois de janvier 2006 qui connait la progression de chiffre

[132] Contrairement à janvier 2005, il n'y a pas eu d'épidémie saisonnière en 2006

d'affaires la plus importante. La progression de la fréquentation reprend en 2007 sans arriver au niveau de 2005.

Tableau n°47



Evolution nombre ventes 2004/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Les ventes globales[133] progressent en janvier 2005, pour revenir en dessous du niveau de 2004 en janvier 2006 et dépasser le niveau 2004 en janvier 2007.

Le nombre d'ordonnances[134] suit la même progression que les ventes globales, en janvier 2005 les pathologies saisonnières ont été plus nombreuses qu'en janvier 2006, pour de nouveau être plus nombreuses en janvier 2007.

Le nombre de ventes simples[135] augmentent fortement en janvier 2005, conséquence des travaux, pour revenir à leur niveau 2004 en janvier 2006 et continuer à baisser en janvier 2007.

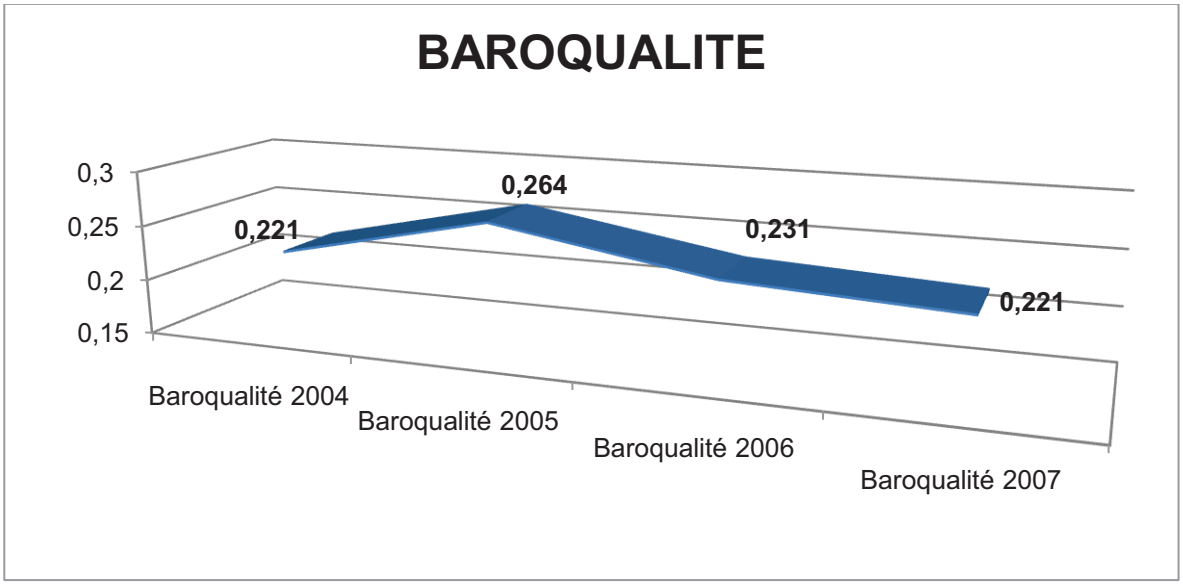
Les ventes associées[136] à l'ordonnance stagnent en janvier 2005, baissent en janvier 2006 et augmentent fortement en 2007.

[133] Bleu foncé
[134] Bleu clair
[135] Rouge
[136] Noir

En 2005 la fréquentation de l'officine a été dopée par les transformations réalisées 6 mois avant. Cette augmentation de fréquentation est en grande partie due à des clients réalisant des achats simples. En 2006 ces ventes simples s'écroulent et la fréquentation baisse. Le nombre d'ordonnances suit la même courbe avec une amplitude plus faible mais avec un nombre d'ordonnance supérieur chez les plus de 60 ans, par contre en 2007 le nombre d'ordonnances augmentent.

Les ventes associées à l'ordonnance ont une progression particulière avec une baisse modérée en janvier 2005 et 2006 pour progresser fortement en 2007.

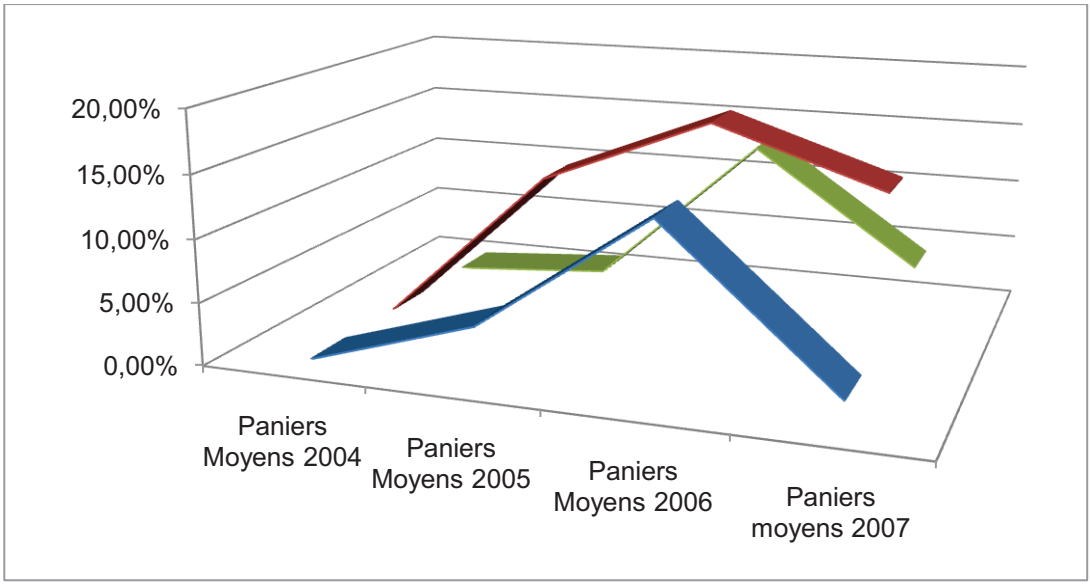
Tableau n°48



Evolution BaroQualité 2004/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Le BaroQualité, l'indice de suivi de performance, se dégrade en janvier 2005 pour s'améliorer en 2006 et revenir au niveau 2004 en janvier 2007. La démarche qualité a été perturbée par l'augmentation de fréquentation due aux travaux, l'augmentation des ventes simples ne pouvant pas, de ce fait, être contrôlée.

Tableau n°49



Comparatif variations paniers moyens 2004/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Le panier moyen vente hors ordonnance[137] augmente en janvier 2005 et 2006 et baisse en janvier 2007. Les transformations sont la raison essentielle de l'augmentation du panier moyen ventes du fait de la meilleure présentation des produits.

Le panier moyen ordonnance[138] augmente en janvier 2005 et 2006 et baisse en 2007. En janvier 2005 l'augmentation naturelle du panier moyen ordonnance ne permet pas une augmentation du panier moyen client du fait qu'une partie importante de la fréquentation s'est portée sur des achats simples, d'où par ailleurs la dégradation du BaroQualité.

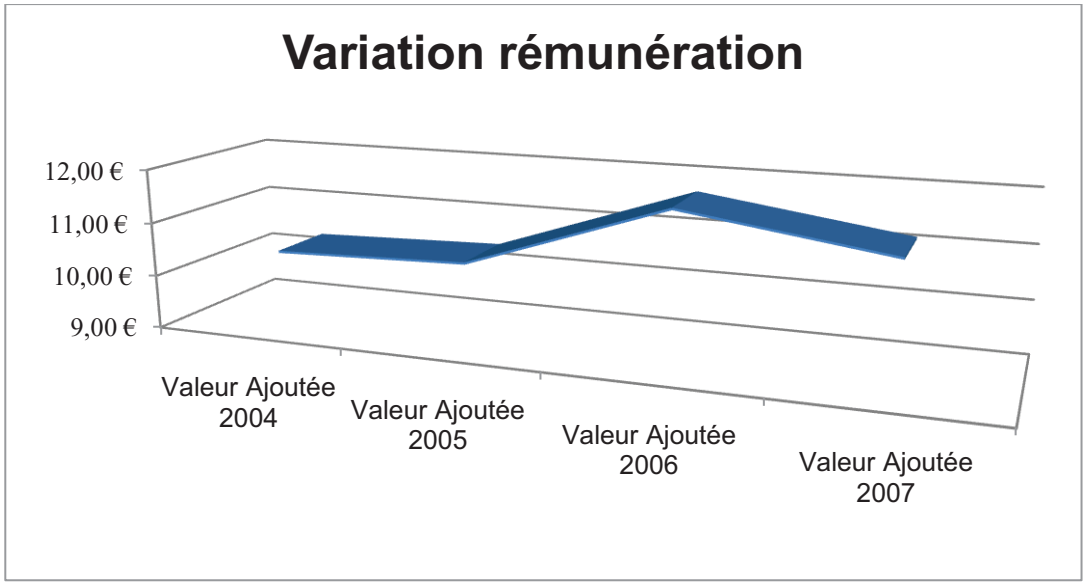
Le panier moyen client[139] stagne en janvier 2005, augmente d'une façon importante en janvier 2006 et baisse en janvier 2007.

L'augmentation du panier moyen client en janvier 2006 provient de l'augmentation du panier moyen ordonnance[140] et de l'amélioration de l'indice de suivi de performance.

C'est le maintien et l'amélioration de la démarche qualité qui a permis de faire progresser le chiffre d'affaires sur les mois de janvier pris en référence.

[137] Courbe bleue
[138] Courbe rouge
[139] Courbe verte
[140] Due à l'augmentation naturelle, à la diminution des ordonnances saisonnières et à la sortie des produits de la réserve hospitalière, le nombre de patients de plus de 60 ans ayant de plus augmenté grâce à la démarche qualité.

Tableau n°50



Variation rémunération 2004/2007 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Sur les mois de janvier comparés la rémunération[141] a progressé même si elle a fléchi en 2007. La rémunération 2005 a progressé faiblement du fait de la trop grande progression des ventes simples à faible valeur ajoutée. En 2006 la rémunération a fortement progressé du fait de la forte progression du panier moyen ordonnance et de l'amélioration du taux des ventes associées à l'ordonnance. L'augmentation de fréquentation de 2007 a fait chuter légèrement la rémunération, avec la baisse du panier moyen ordonnance due à l'augmentation des pathologies saisonnières. L'amélioration de la démarche qualité se traduit par l'amélioration de l'indice de performance.

La comparaison sur ces mois de janvier montre bien que c'est la démarche qualité qui a permis une augmentation de chiffre d'affaires et une amélioration de la rémunération.

[141] La rémunération est égale à la valeur ajoutée apportée par les patients. La valeur ajoutée étant obtenue par la division de la valeur de la marge bilan par le nombre de clients.

c. 2009 : comparatif des indicateurs

La comparaison des indicateurs entre les différents membres de l'équipe officinale apporte des enseignements sur l'application de la démarche et surtout sur l'obligation d'en avoir une.

Tableau n°51

	SB	CC	JPF	VA	OM	Pharmacie
Panier Moyen ventes Comptoir	9,15 €	9,61 €	9,55 €	9,07 €	10,94 €	9,45 €
Panier moyen Ordonnances	47,64 €	51,47 €	48,24 €	43,67 €	51,55 €	49,13 €
Panier Moyen ventes	36,91 €	41,88 €	39,00 €	33,65 €	42,33 €	39,14 €
Panier Moyen Clients	48,39 €	56,32 €	54,06 €	39,06 €	44,24 €	50,37 €
% Ventes Associées	28,32%	33,24%	36,61%	19,52%	5,59%	29,81%
BaroQualité	0,218	0,093	0,077	0,313	0,354	0,167

Comparatif indicateurs personnel pharmacie Folco (J.P Folco)

Pour l'année 2009 le panier moyen client est supérieur au panier moyen ordonnance[142], ce qui veut dire que les ventes comptoirs permettent une amélioration de la rémunération grâce au taux de ventes associées à l'ordonnance.

Par contre il existe une forte disparité entre mes remplaçants[143] et l'équipe officinale sur certains indicateurs importants de la démarche.

Les remplaçants n'ayant pas la même démarche qualité, leur panier moyen client est nettement inférieur au panier moyen de l'équipe officinale. Leur indice de performance est nettement inférieur à l'indice de performance de l'officine.

Ces écarts importants montrent l'impact de la démarche qualité sur le niveau de rémunération. Ainsi les 2 remplaçants bénéficiant du même environnement et de la même clientèle ont un panier moyen client ne dépassant pas le panier moyen ordonnance. Ils se rapprochent ainsi des indicateurs nationaux ou départementaux comparables. Par exemple, VA est extrêmement proche du panier moyen ordonnance départemental et du panier moyen ventes départemental. VA travaille 1 jour par semaine depuis 2004, OM me remplace pour les mois d'août et les absences de plus d'1 semaine depuis l'année 2000.

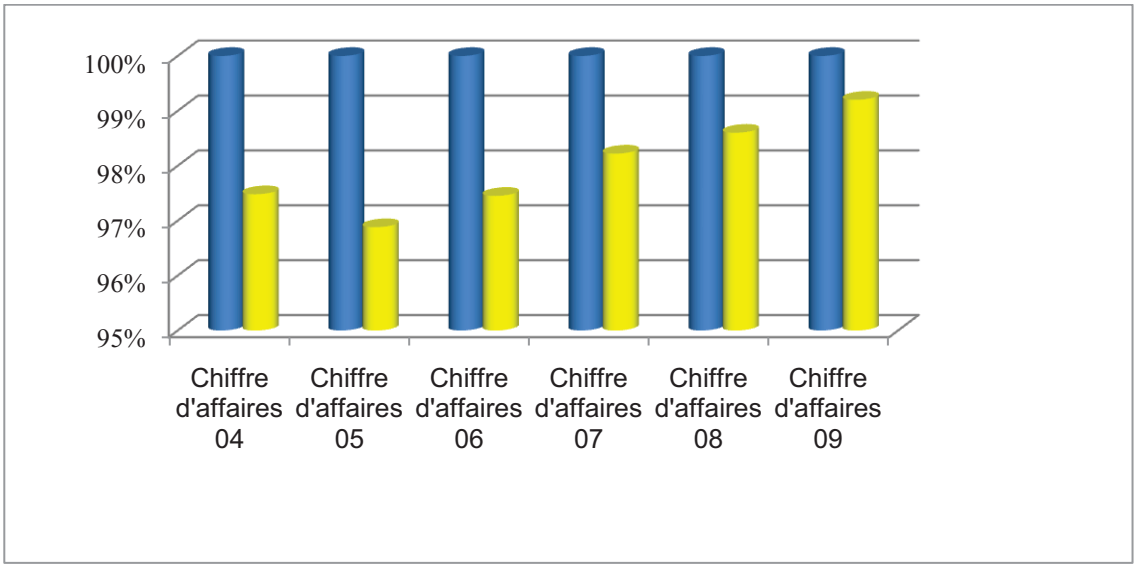
Ce comparatif des indicateurs montrent l'importance de la démarche qualité dans le niveau de rémunération et que le résultat est d'autant plus probant quand l'image donnée par l'environnement est en accord avec la démarche qualité préconisée. Un décalage entre l'image et la démarche se révélant le plus souvent négatif pour l'évolution de la rémunération.

En s'appuyant sur la dispensation des ordonnances, la démarche qualité libérale permet un taux de ventes associées à l'ordonnance important et concentre le chiffre d'affaires

[142] Le PMO est de 49,13 € alors que le PMC est de 50,37 €
[143] VA et OM

essentiellement sur les porteurs d'ordonnances. C'est ce qui différencie la démarche qualité de l'équipe officinale de celle de mes remplaçants.

Tableau n°52



Evolution C.A porteurs d'ordonnances 2004/2009 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

A part en 2005 ou la fréquentation n'a pas pu être maitrisée, la part du chiffre d'affaires représentée par les porteurs d'ordonnances n'a pas cessé d'augmenter passant de 97,48% du C.A en 2004 à 99,20% en 2009. L'augmentation de la rémunération va de pair avec la progression de la part de C.A des porteurs d'ordonnances dans le chiffre d'affaires total.

La démarche libérale permet de se protéger contre toute forme de concurrence, puisque la quasi-totalité du chiffre d'affaires repose sur les qualités professionnelles de l'équipe officinale. Cette démarche, et les résultats qu'elle apporte, définit ce qu'est l'indépendance du professionnel de santé libéral.

d. 2009 : comparatif avec les statistiques

Sur l'année 2009 les officines comparables à la notre ont vu leur chiffre d'affaires progresser de 2% selon les statistiques Santestat[144], alors que notre progression a atteint 6,80%.

Le panier moyen ordonnance de la cible Santestat augmente de 1,5%[145] alors que notre PMO n'augmente que de 0,60%[146].

L'évolution du nombre de ventes est + 0,70%[147] (+ 244) pour la cible, pour notre officine cette évolution est de + 5,20%. L'évolution des ventes pour la cible se décompose avec une progression de + 0,30% pour le nombre d'ordonnances (+ 65) et de + 1,40% (+ 179) pour les

[144] Qualipharma
[145] Les dépenses de médicaments remboursables ont augmenté de 1,90%
[146] + 73 centimes pour la cible, + 33 centimes pour mon officine
[147] La fréquentation pour toutes les statistiques correspond au nombre de ventes

ventes hors ordonnances. Pour notre officine cette évolution est de + 5,30% (+ 1039) pour le nombre d'ordonnances et de + 4,80% (+ 410) pour le nombre de ventes hors ordonnance.

En prenant des indicateurs pertinents identiques on voit bien la différence des démarches dans le fait que la démarche libérale repose préférentiellement sur la qualité de dispensation des ordonnances, ce qui se traduit par une augmentation plus importante de leur nombre que du nombre des ventes hors ordonnances.

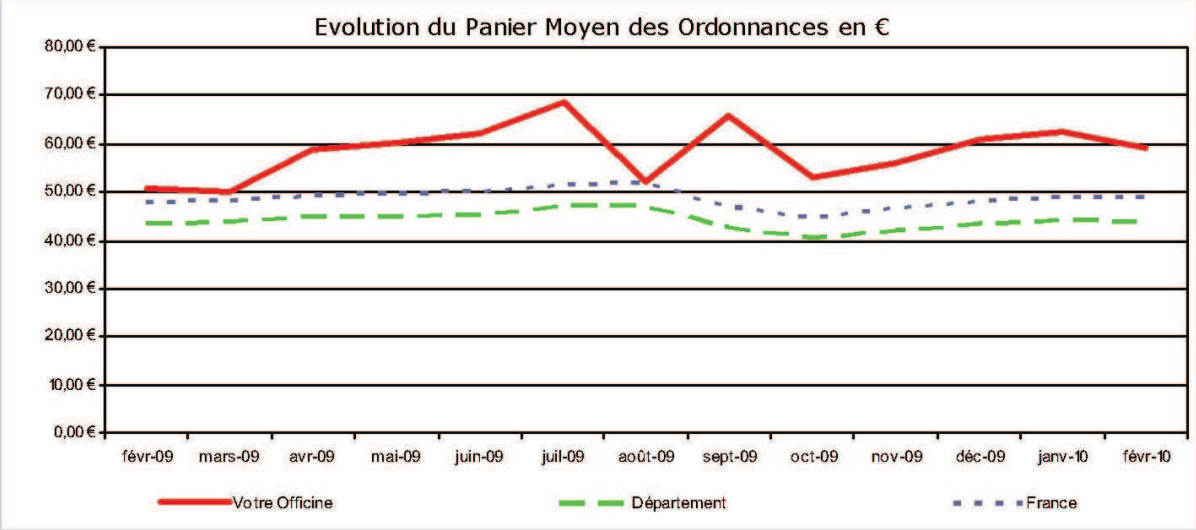
Le fait que la cible ait un nombre de ventes totales supérieures de 17% au nombre total de ventes de notre officine avec un chiffre d'affaires seulement supérieur de 4,24% à celui de notre officine, montre qu'une démarche libérale est moins couteuse en frais de personnel à qualité de service égale, ce qui est logique du fait que les paniers moyens ventes (et clients) sont supérieurs.

Pour la cible 62% des ventes sont des ordonnances qui représentent 87,30% du chiffre d'affaires, alors que pour notre officine 69,60% des ventes sont des ordonnances et représentent 91,50% du chiffre d'affaires. La démarche qualité libérale renforce le poids des ordonnances dans le chiffre d'affaires.

La comparaison avec les statistiques Pharmastat[148] apporte les mêmes conclusions, les différences avec les statistiques Santestat étant du au fait que Pharmastat travaille sur une moyenne de panel départemental et national de pharmacies alors que Santestat travaille sur une cible issue d'une moyenne de pharmacies possédant les mêmes caractéristiques.

Pharmastat ne fournit que des statistiques mensuelles sauf pour les évolutions des paniers moyens ou des marges qui se font sur 12 mois glissants, pour mon comparatif les mois de Janvier et février 2010 ont été retenus.

Tableau n°53

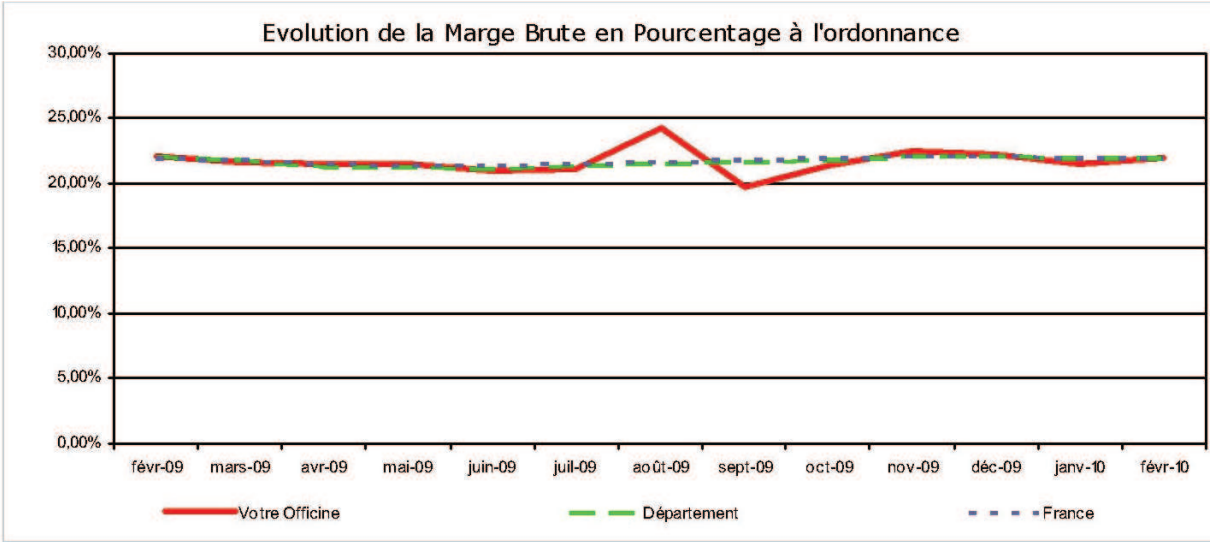


Statistiques IMS Pharmastat février 2010

[148] IMS

Le panier moyen ordonnance de notre officine est systématiquement supérieur au panier moyen France et au panier moyen département. On voit très bien que les évolutions des paniers moyens sont parallèles, en particulier que le panier moyen du département est plus faible que celui de la France parce qu'il est plus jeune mais qu'il suit les mêmes évolutions.

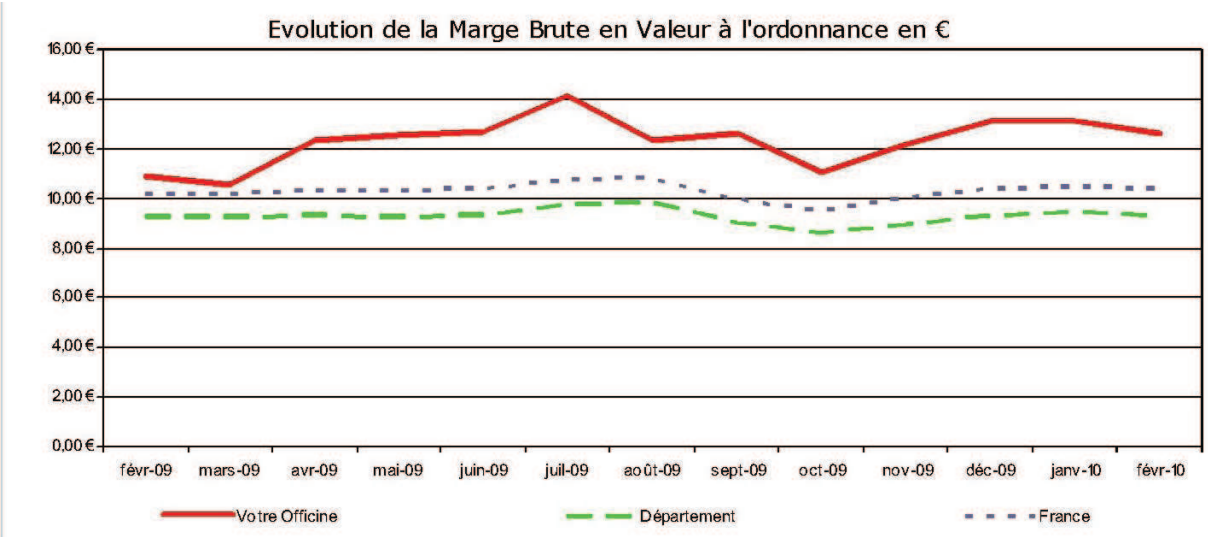
Tableau n°54



Statistiques IMS Pharmastat février 2010

On voit ainsi qu'en taux de marge brute à l'ordonnance l'officine se comporte comme le reste de la France et comme le département.

Tableau n°55



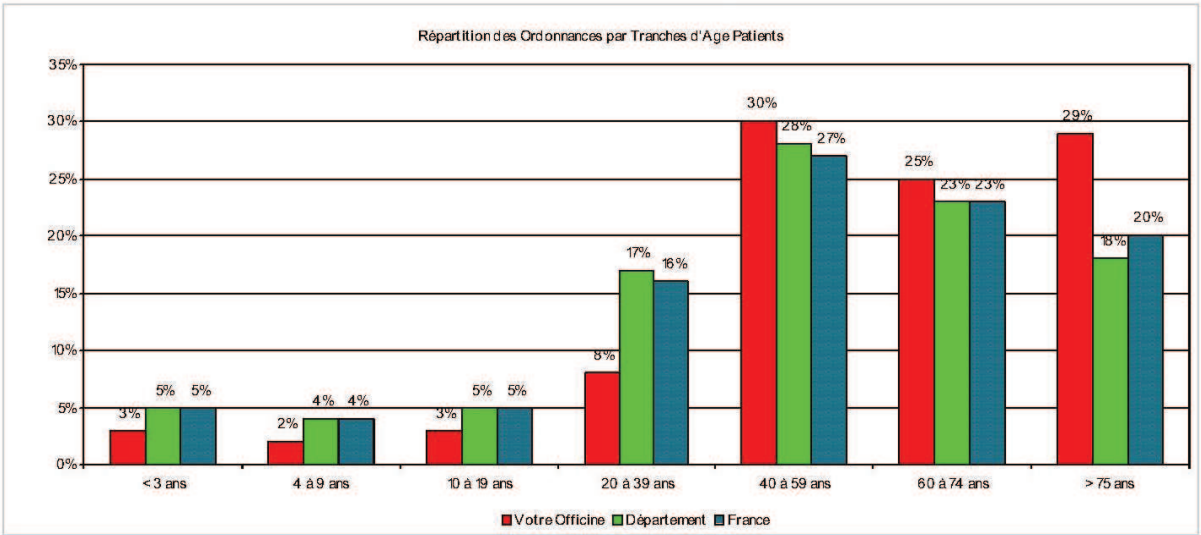
Statistiques IMS Pharmastat février 2010

Si la marge brute en pourcentage est quasi identique à celle de la France et du département, il n'en est pas de même pour la valeur de la marge où notre officine possède

une valeur nettement supérieure à la valeur de la marge France et département. Bien que le taux de marge soit identique, il existe des écarts de rémunérations à l'ordonnance importants.

A travers ces 3 tableaux, on voit très clairement à la lecture des évolutions que la valeur ajoutée de l'ordonnance est plus en corrélation avec le niveau du panier moyen ordonnance que du taux de marge, ce qui rend la démarche qualité indispensable pour le ciblage des patients.

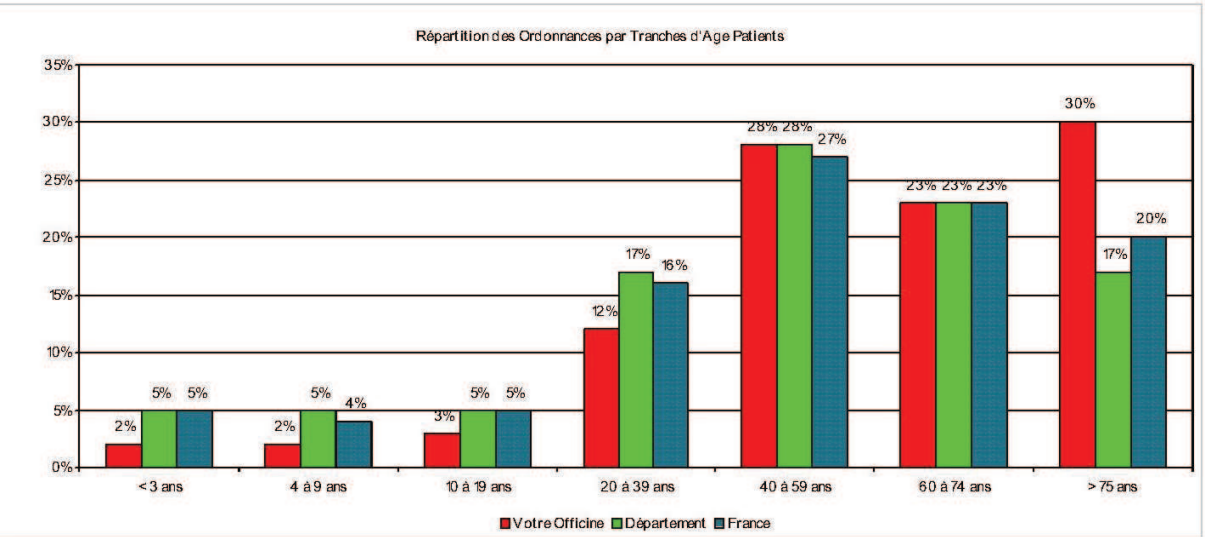
Tableau n°56



Source IMS Pharmastat, janvier 2010

La répartition des ordonnances par tranche d'âges de janvier 2010 montre que le ciblage des patients qu'entraine la démarche qualité libérale a pour résultat un taux de patients de plus de 60 ans nettement supérieur au taux de la France et du département. La pathologie saisonnière du mois de janvier fait que le taux des 40/59 ans est aussi supérieur ce qui est le résultat d'une notoriété basée sur la qualité professionnelle.

Tableau n°57



Source IMS Pharmastat, février 2010

La répartition des ordonnances par tranche d'âges de février 2010 montre que le taux de patients de plus de 60 ans est supérieur au taux de la France et du département, mais que cette supériorité est essentiellement due aux taux des plus de 75 ans qui atteint 30%.

Cette répartition par tranche d'âge patients entraine un panier moyen ordonnance plus élevé pour notre officine.

Tableau n°58

Ordonnances: Valeurs moyennes par type de paiement

	Paiement Comptant	Tiers Payant 100 R.O.	Tiers Payant +/- COMPL.	Ensemble des Ordonnances
F - Votre Officine :				
Nombre d'ordonnances	434	394	1 133	1 474
Lignes / Ordonnance	2,29	3,67	2,48	3,56
Unités / Ligne	1,53	1,50	1,67	1,60
Unités / Ordonnance	3,49	5,52	4,15	5,70
Panier Moyen	40,29 €	103,63 €	29,99 €	62,62 €
Prix Moyen Spécialité	11,54 €	18,76 €	7,22 €	10,99 €
Marge Brute : En %	21,89%	17,87%	25,82%	21,55%
En Valeur à l'ordonnance	8,56 €	18,06 €	7,52 €	13,13 €
G - Département (sur base des données reçues des pharmacies du département) :				
Nombre d'ordonnances	382	513	1 825	2 324
Lignes / Ordonnance	1,36	2,98	2,29	2,68
Unités / Ligne	1,26	1,67	1,54	1,54
Unités / Ordonnance	1,72	4,97	3,52	4,14
Panier Moyen	16,01 €	89,12 €	28,06 €	44,33 €
Prix Moyen Spécialité	9,31 €	17,93 €	7,98 €	10,71 €
Marge Brute : En %	30,40%	17,66%	24,79%	21,94%
En Valeur à l'ordonnance	4,61 €	15,34 €	6,77 €	9,46 €
H - France (sur base des données reçues des pharmacies du panel) :				
Nombre d'ordonnances	347	495	1 805	2 240
Lignes / Ordonnance	1,43	3,24	2,51	2,96
Unités / Ligne	1,30	1,64	1,56	1,56
Unités / Ordonnance	1,85	5,30	3,92	4,61
Panier Moyen	17,44 €	97,33 €	30,74 €	48,97 €
Prix Moyen Spécialité	9,41 €	18,37 €	7,85 €	10,62 €
Marge Brute : En %	29,17%	17,74%	24,88%	21,97%
En Valeur à l'ordonnance	4,83 €	16,82 €	7,44 €	10,46 €

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

Le panier moyen ordonnance de notre officine pour le mois de janvier 2010 est supérieur de 27,87% au panier moyen France et de 41,25% au panier moyen département. On s'aperçoit très bien sur ce tableau la corrélation qui existe entre le nombre d'ordonnances et le niveau du panier moyen. Comme sur le tableau suivant, plus le nombre d'ordonnances est important et plus le panier moyen est faible.

Tableau n°59

Ordonnances: Valeurs moyennes par type de paiement

	Paiement Comptant	Tiers Payant 100 R.O.	Tiers Payant +/- COMPL.	Ensemble des Ordonnances
F - Votre Officine :				
Nombre d'ordonnances	452	404	1 142	1 484
Lignes / Ordonnance	2,52	3,29	2,41	3,52
Unités / Ligne	1,49	1,63	1,61	1,59
Unités / Ordonnance	3,77	5,38	3,87	5,59
Panier Moyen	46,89 €	86,61 €	27,85 €	59,29 €
Prix Moyen Spécialité	12,44 €	16,10 €	7,20 €	10,61 €
Marge Brute : En %	20,90%	19,01%	25,84%	21,93%
En Valeur à l'ordonnance	9,52 €	16,05 €	7,01 €	12,66 €
G - Département (sur base des données reçues des pharmacies du département) :				
Nombre d'ordonnances	375	484	1 755	2 227
Lignes / Ordonnance	1,37	2,94	2,28	2,67
Unités / Ligne	1,25	1,66	1,53	1,54
Unités / Ordonnance	1,72	4,88	3,48	4,09
Panier Moyen	16,27 €	88,46 €	27,67 €	43,75 €
Prix Moyen Spécialité	9,49 €	18,12 €	7,94 €	10,68 €
Marge Brute : En %	29,80%	17,53%	24,84%	21,93%
En Valeur à l'ordonnance	4,60 €	15,12 €	6,68 €	9,32 €
H - France (sur base des données reçues des pharmacies du panel) :				
Nombre d'ordonnances	326	478	1 724	2 144
Lignes / Ordonnance	1,43	3,21	2,48	2,93
Unités / Ligne	1,30	1,63	1,56	1,56
Unités / Ordonnance	1,86	5,24	3,87	4,56
Panier Moyen	17,55 €	96,10 €	30,71 €	48,80 €
Prix Moyen Spécialité	9,43 €	18,35 €	7,93 €	10,69 €
Marge Brute : En %	29,10%	17,74%	24,82%	21,93%
En Valeur à l'ordonnance	4,85 €	16,61 €	7,42 €	10,41 €

Source IMS Pharmastat, février 2010

Pour le mois de février 2010 le panier moyen ordonnance de mon officine est toujours supérieur aux paniers moyens France et département, même s'il a baissé comme les autres paniers.

Tableaux n°60 & 61

G - Paniers moyens

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	43,51 €	62,61 €	8,37 €
Département	31,65 €	44,38 €	12,56 €
France	34,29 €	49,06 €	12,90 €

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

G - Paniers moyens

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	42,75 €	59,28 €	9,69 €
Département	30,96 €	43,74 €	12,45 €
France	34,14 €	48,87 €	12,94 €

Source IMS Pharmastat, février 2010

La comparaison des différents paniers moyens confirme que le panier moyen ventes de notre officine est largement supérieur aux paniers moyen ventes France et département, et ce malgré la faiblesse du panier moyen ventes comptoir. On peut remarquer que la fréquentation étant plus basse en février qu'en janvier, le panier moyen vente est plus faible en janvier qu'en février.

Tableaux n°62 & 63

I - Marges moyennes par vente en pourcentage

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	22,54%	21,55%	36,94%
Département	24,06%	21,93%	36,13%
France	23,77%	21,95%	34,51%

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

I - Marges moyennes par vente en pourcentage

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	22,79%	21,93%	33,96%
Département	24,12%	21,93%	36,04%
France	23,75%	21,91%	34,45%

Source IMS Pharmastat, février 2010

Le comparatif des taux de marges en pourcentage de janvier et février 2010 montre que le taux de marge des ventes est plus faible dans notre officine que dans le reste de la France ou du département.

Tableaux n°64 & 65

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	9,51 €	13,13 €	2,84 €
Département	7,33 €	9,46 €	4,13 €
France	7,84 €	10,47 €	4,04 €

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	9,44 €	12,66 €	3,01 €
Département	7,18 €	9,32 €	4,08 €
France	7,80 €	10,41 €	4,04 €

Source IMS Pharmastat, février 2010

La valeur de la marge moyenne par vente de notre officine est supérieure de + 20% à la valeur de la marge France en janvier comme en février. C'est une constante que l'on retrouve chaque mois. Comme il est constant que la marge moyenne en € est plus importante quand le taux moyen en pourcentage est plus faible.

Tableaux n°65 & 66

I : Votre Pharmacie
A - Récapitulatif Général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	2 275	1 474	64,79%	801	35,21%
Nombre de Lignes	6 415	5 253	81,89%	1 162	18,11%
Nombre d'unités	9 695	8 396	86,60%	1 299	13,40%
Chiffre d'Affaires TTC €	99 006 €	92 296 €	93,22%	6 710 €	6,78%

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

I : Votre Pharmacie
A - Récapitulatif Général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	2 226	1 484	66,67%	742	33,33%
Nombre de Lignes	6 318	5 218	82,59%	1 100	17,41%
Nombre d'unités	9 511	8 291	87,17%	1 220	12,83%
Chiffre d'Affaires TTC €	95 174 €	87 983 €	92,44%	7 190 €	7,56%

Source IMS Pharmastat, février 2010

Pour janvier et février 2010 les ordonnances représentent 93,22% et 92,44% du chiffre d'affaires global, alors qu'elles représentent 64,79% et 66,67% de l'ensemble des ventes.

Tableaux n°67 & 68

III : La France (sur base des données reçues des pharmacies du panel)
A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 787	2 240	59,16%	1 546	40,84%
Nombre de Lignes	9 194	6 638	72,20%	2 556	27,80%
Nombre d'unités	13 320	10 339	77,62%	2 981	22,38%
Chiffre d'Affaires TTC €	129 866 €	109 907 €	84,63%	19 959 €	15,37%

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

III : La France (sur base des données reçues des pharmacies du panel)
A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 634	2 144	58,99%	1 490	41,01%
Nombre de Lignes	8 737	6 288	71,96%	2 450	28,04%
Nombre d'unités	12 625	9 789	77,54%	2 836	22,46%
Chiffre d'Affaires TTC €	124 077 €	104 782 €	84,45%	19 296 €	15,55%

Source IMS Pharmastat, février 2010

Pour la France, en janvier et février 2010 les ordonnances représentent 84,63% et 84,45% du chiffre d'affaires global, alors qu'elles représentent 59,16% et 58,99% de l'ensemble des ventes.

Tableaux n°69 & 70

II : Le département (sur base des données reçues des pharmacies du département)
A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 874	2 324	59,99%	1 550	40,01%
Nombre de Lignes	8 893	6 235	70,11%	2 658	29,89%
Nombre d'unités	12 724	9 630	75,68%	3 094	24,32%
Chiffre d'Affaires TTC €	122 644 €	103 162 €	84,12%	19 482 €	15,88%

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

II : Le département (sur base des données reçues des pharmacies du département)
A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 765	2 227	59,16%	1 538	40,84%
Nombre de Lignes	8 560	5 938	69,37%	2 621	30,63%
Nombre d'unités	12 147	9 122	75,10%	3 025	24,90%
Chiffre d'Affaires TTC €	116 595 €	97 442 €	83,57%	19 153 €	16,43%

Source IMS Pharmastat, février 2010

Pour le département les ordonnances représentent 84,12% et 83,57% du chiffre d'affaires pour les mois de janvier et février 2010, et elles représentent 59,99% et 59,16% de l'ensemble des ventes.

Les indicateurs nombre et C.A ordonnances France et département sont proches, mais sont nettement différents des indicateurs de notre officine.

Ceci démontre que la démarche qualité influe sur le niveau des différents paniers moyens et que la démarche utilisée majoritairement par les pharmaciens n'est pas une démarche strictement libérale.

Pour un nombre moyen de ventes supérieur de 66,46%, le chiffre d'affaires n'est supérieur que de 31,17% pour la France par rapport à mon officine. Cet écart est encore plus grand par rapport au département, puisque pour un nombre moyen de ventes supérieur de 70,28%, le chiffre d'affaires département n'est supérieur que de 23,87% à mon C.A.

e. La modélisation de son économie.

Les différents exemples décrits ci-dessus montrent l'importance de mettre en place une démarche avec un tableau de bord cohérent pour une bonne compréhension de la progression ou de la régression de son chiffre d'affaires. Les indicateurs associés à la démarche permettent d'analyser un chiffre d'affaires ou de prévoir l'évolution de son chiffre d'affaires.

Le modèle économique libéral se reconnait par un panier moyen ordonnance élevé supérieur ou étant proche du panier moyen ordonnance France. Un panier moyen ordonnance inférieur de plus de 15% au panier moyen France peut montrer une faiblesse dans la démarche ou un emplacement trop commercial. Dans le cas du rachat d'une officine

possédant un panier moyen ordonnance faible, une démarche permettant de relever ce panier sera un gage d'amélioration économique.

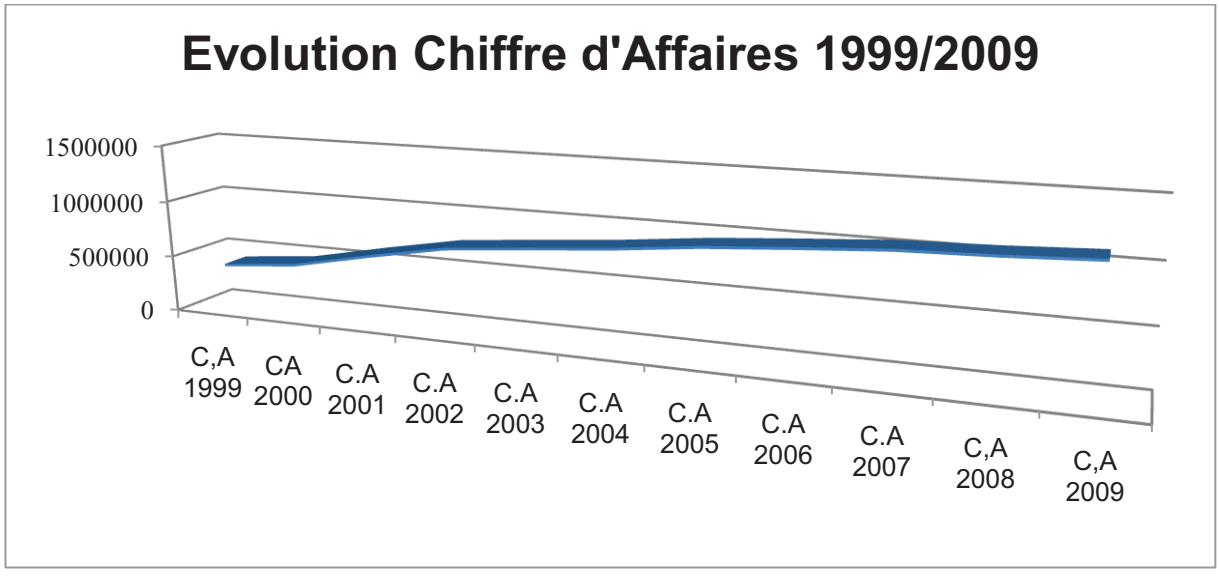
L'indice de suivi de performance permet de connaitre les effets de sa stratégie, et de savoir si les objectifs sont tenus. Ainsi la mise en place d'un nouveau rayon pour dynamiser les ventes devrait, dans le cadre de mon BaroQualité, faire évoluer l'indice vers 1 si l'on veut un développement de marché. Par contre si l'on souhaite développer un marché pour capter des ordonnances supplémentaires, l'indice devrait évoluer vers 0. Pour un modèle économique libéral le BaroQualité doit se situer entre 0,300 et 0.

Le panier moyen client, en liaison avec l'indice de suivi de performance, augmente quand l'indice se rapproche de 0 et baisse quand l'indice se rapproche de 1. Pour un modèle économique libéral le panier moyen client doit être le plus proche possible du panier moyen ordonnance.

Toute augmentation de fréquentation aboutit à une baisse du panier moyen client, par le simple fait de l'élargissement de la cible. Dans le cadre d'un développement avec une démarche libérale, un suivi précis des indicateurs et de l'indice de performance est impératif pour éviter un glissement vers un modèle moins rémunérateur.

La modélisation permet de prévoir l'évolution des indicateurs et ainsi de maitriser son développement et son trafic. Si l'objectif est simplement l'augmentation du chiffre d'affaires, l'obtention d'une augmentation de fréquentation suffira à obtenir le résultat souhaité. Mais si l'on veut une augmentation de chiffre d'affaires avec une amélioration de la rémunération, alors il faut prévoir comment doivent évoluer les indicateurs, pour avoir un suivi précis et adapter sa démarche pour atteindre ses objectifs.

Tableau n°71



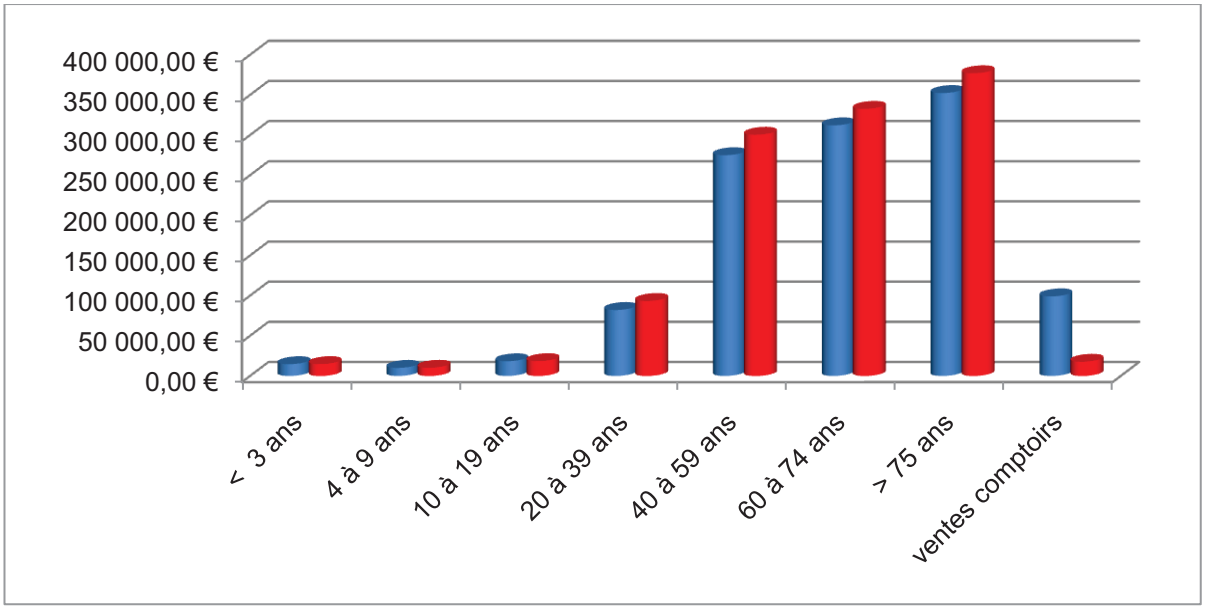
Evolution C.A pharmacie Folco 1999/2009 (J.P Folco 2010)

L'évolution de mon chiffre d'affaires sur mes 10 ans d'exploitation montre une progression régulière ou l'effet des travaux en 2004 n'est pas significatif dans la courbe ;

Cela signifie avant tout que c'est la démarche qualité qui permet une telle évolution sans à coup. L'évolution régulière du chiffre d'affaires a permis une évolution tout aussi régulière de la rémunération.

En 2009 la rémunération moyenne par client s'établissait pour mon officine à environ 12,50 € H.T[149]. Cette rémunération est supérieure à la rémunération moyenne obtenue par la valeur ajoutée de l'ordonnance.

Tableaux n°72



Répartition chiffre d'affaires pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Dans le tableau ci-dessus les colonnes bleues représentent le chiffre d'affaires 2009 de mon officine réparti par tranches d'âge pour les ordonnances et les ventes comptoirs. Les ventes comptoirs représentent 30,40% des ventes totales mais seulement 8,50% du chiffre d'affaires global.

Les colonnes rouges représentent le même chiffre d'affaires réparti de la même façon mais tenant compte des ventes associées à l'ordonnance. Les ventes associées à l'ordonnance permettent de faire progresser le chiffre d'affaires apporté par les patients. Le chiffre d'affaires des ventes simples comptoir est donc de 1,50% du chiffre d'affaires global pour 7,20% de la fréquentation.

Le pourcentage de ventes associées à l'ordonnance permet de porter la rémunération moyenne de 11,50 € H.T de l'ordonnance à 12,50 € H.T pour le patient[150].

Le modèle libéral permet donc d'améliorer sa rémunération grâce aux ventes associées.

[149] Hors remises
[150] Chiffre d'affaires 2009

3éme partie

Résultats

Les résultats économiques obtenus tout au long de ces dix années sont dus essentiellement au suivi rigoureux de la démarche qualité mise en place dés la prise de possession en juin 1999. Le tableau n°71 montre l'évolution régulière du chiffre d'affaires, celui ci ayant triplé sur ces 10 ans sans aucune modification de l'environnement.

1. Les objectifs de la démarche.

Les objectifs de la démarche ont été fixés dés le départ : satisfaire les besoins présents et futurs des malades. L'atteinte des objectifs devait se traduire par une augmentation de la fréquentation et par voie de conséquence du chiffre d'affaires.

Pour les cinq premières années le chiffre d'affaires a doublé avec un environnement proche qui n'a pas changé et un espace d'accueil très peu modifié. Cette augmentation de chiffre d'affaires a été pendant 5 ans le seul moyen de contrôle de l'efficacité de notre approche.

A l'occasion des travaux de rénovation de l'officine, l'occasion nous a été donnée de connaitre à la fois l'environnement géo marketing de l'officine et l'appréciation de notre démarche par la clientèle avec un baromètre satisfaction. Ces 2 études, effectuées avant travaux ont permis de créer un nouvel environnement devant favoriser la démarche et un tableau de bord précis permettant de suivre très précisément l'évolution économique de l'officine et le bon suivi de la démarche.

En fonction de l'indice de suivi de performance que nous avons créé, nous avons pu constater que les objectifs de la démarche étaient atteints par la traduction chiffrée que nous avions mise en place :

- Augmentation du nombre d'ordonnances
- Augmentation du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance
- Augmentation du **P**anier **M**oyen **V**ente hors ordonnance
- Augmentation du **P**anier **M**oyen **C**lient
- Augmentation des valeurs ajoutées des différents paniers
- Amélioration de l'indice de suivi de performance, le BaroQualité

Les objectifs de la démarche ont donc été tenus.

2. Influence de l'image.

L'environnement économique de notre zone de proximité n'a pas évolué depuis 10 ans, seule notre rue a subie une réfection en 2007/2008.

L'image extérieure de l'officine n'a pas été modifiée à la prise de possession, seule l'image de l'espace d'accueil à été légèrement transformé. Seule la démarche mise en place a permis de faire évoluer positivement notre chiffre d'affaires qui stagnait depuis plusieurs années avec le titulaire précédent.

Bien que nous ayons pris la précaution de limiter l'offre produits, tout en améliorant sa visibilité, avec les transformations de l'officine, nous avons constaté une forte augmentation des ventes simples hors ordonnances sur les premiers mois d'exercice après travaux, ce qui allait à l'encontre des objectifs de notre démarche.

Grâce aux indicateurs que nous avons mis en place et au BaroQualité que nous avons créé, nous avons pu constater que si la nouvelle image nous avait permis d'augmenter notre trafic, la nouvelle clientèle ne correspondait pas à la cible déterminée par notre démarche.

Nous avons pu établir ce constat en analysant le chiffre d'affaires apporté par les nouveaux clients avec nos indicateurs. Nous avons ainsi pu constater :

- Que le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance des nouveaux clients était bien plus faible que celui de la clientèle habituel de l'officine[151].
- Que la moyenne d'âge des nouveaux clients était plus basse que la moyenne d'âge des clients habituels
- Que l'augmentation des ventes simples leur était imputable
- Que leur **P**anier **M**oyen **V**entes hors ordonnance n'était pas significativement supérieur à celui de la clientèle habituelle de l'officine.
- Que le niveau de leur BaroQualité[152] nous avait permis de leur attribuer l'augmentation du nombre de ventes simples.

La baisse de productivité constatée la première année d'exercice post travaux, a été compensée par l'augmentation de chiffre d'affaires induit par la nouvelle image et l'augmentation de trafic qu'elle apporte.

Bien que la nouvelle image de notre officine ai été bénéfique pour notre chiffre d'affaires, cette augmentation n'était pas significativement beaucoup plus importante que les augmentations de chiffre d'affaires constatées les années précédentes aux travaux. Même si elle était faible, la dégradation de nos indicateurs et de notre BaroQualité nous ont amené à maintenir et même renforcer notre démarche qualité pour ne pas céder aux attraits d'une démarche commerciale auquel nos nouveaux locaux se prêtaient facilement.

Nous avons alors constaté que notre BaroQualité s'améliorait régulièrement, mois après mois, pour revenir à son niveau d'avant travaux au bout de 3 ans. La signification de ce résultat était que la démarche avait pris le pas sur l'image, et que si cette image avait perturbé la démarche qualité au début, elle l'avait servie par la suite.

A partir des résultats du troisième exercice nous avons pu tirer les conclusions suivantes :

- Le maintien des objectifs de la démarche avait permis au BaroQualité de revenir à son niveau d'avant travaux.

[151] Environ – 30%
[152] Plus de 0,400

- Le maintien de cette démarche n'a pas permis de faire perdurer l'augmentation de trafic.
- La stagnation de la fréquentation n'a pas empêché une augmentation du nombre des ventes.
- Le maintien de la démarche a modifié l'équilibre des ventes : le pourcentage des ordonnances dans le nombre total des ventes a augmenté. Par comparaison avec les statistiques nationales cette constatation nous a amené à déterminer un nouvel indicateur : le rapport ordonnances/ventes.
- Le maintien de la démarche a fait progresser le taux des ventes associées à l'ordonnance.
- Le maintien de la démarche a permis de faire augmenter le chiffre d'affaires sans que la fréquentation progresse, l'obtention de cette augmentation étant due à l'amélioration du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance et du taux de ventes associées à l'ordonnance.
- Le maintien de la démarche a fait augmenter la moyenne d'âge des clients de l'officine

Renouveler l'image de l'officine avec des transformations nous a permis d'augmenter notre fréquentation. Cette augmentation de fréquentation a entrainé une modification des résultats de la démarche ce qui a provoqué une diminution de la rentabilité de l'officine. Par contre le maintien des objectifs de la démarche associé à cette nouvelle image a permis une amélioration du BaroQualité et de tous les indicateurs du tableau de bord en modifiant la pyramide des âges obtenue lors du premier exercice après travaux

3. Comparaisons statistiques.

Les comparaisons des indicateurs de notre tableau de bord avec les statistiques nationales et départementales d'IMS Pharmastat ou avec la cible[153] des statistiques Santestat Qualipharma, corroborent nos différentes constatations et valident les affirmations suivantes :

- Le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance est d'autant plus élevé que la moyenne d'âge de la clientèle est élevé, cette corrélation est démontrée par les statistiques et nos résultats.
- La moyenne d'âge de la clientèle dépend de la démarche qualité de l'officine.
- Une baisse de la moyenne d'âge de la clientèle est systématiquement accompagnée d'une augmentation du nombre de ventes simples hors ordonnances et d'une baisse du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance.
- Le **P**anier **M**oyen **C**lient est fortement dépendant de la démarche qualité retenue par le titulaire de l'officine.

L'analyse des statistiques confirme en tout point nos résultats, cette analyse valide le bien fondé des objectifs de notre démarche.

[153] La cible pour Santestat étant une moyenne établie à partir de chiffre d'affaires d'officine de même type possédant un environnement de proximité comparable

4. La mécanique économique.

Les résultats obtenus par notre officine ainsi que leur corroboration aux statistiques nationales nous ont amené à penser qu'il existait une mécanique dirigeant l'économie officinale. L'analyse des statistiques nous conduit même à affirmer que nous avons démontré l'existence et le fonctionnement de cette mécanique avec nos résultats.

Ainsi nous pouvons dire qu'il existe une mécanique agissant sur le niveau des **P**aniers **M**oyens **O**rdonnances et des **P**aniers **M**oyens **C**lients, que cette mécanique détermine le niveau de rentabilité économique de l'officine et qu'elle dépend prioritairement des objectifs fixés par la démarche qualité[154], puis de l'image donnée par l'intérieur et l'extérieur de l'espace d'accueil[155] et enfin de la typologie de la zone de proximité[156].

Ainsi une démarche qualité visant à satisfaire en priorité et majoritairement les malades[157] permettra d'obtenir un **PMO** et **PMC** élevés à la condition toutefois que cette démarche soit unique dans l'officine, que l'image de l'espace d'accueil s'y prête et que la zone de chalandise soit conforme à la répartition géographique. Dans ce cadre précis, la modification de l'image de l'espace d'accueil, par exemple, va occasionner une modification de la fréquentation. Si le pharmacien ne renforce pas ou ne maintient pas, au minimum, sa démarche libérale, la modification d'image va occasionner une modification de l'équilibre des ventes et une modification du rapport ordonnances/ventes.

L'équilibre originel des ventes va alors se modifier avec une augmentation du nombre des ventes simples. Cette augmentation des ventes simples va correspondre le plus souvent à un rajeunissement de la clientèle, ce qui va entrainer automatiquement une diminution du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance et une diminution du **P**anier **M**oyen **C**lient.

C'est la mécanique économique qui est responsable du niveau de rémunération selon le développement d'un type de ventes. Que le nombre de ventes simples augmente et les montants du **PMO** et du **PMC** baissent, que le taux du nombre d'ordonnances dans les ventes totales augmente et les montants du **PMO** et du **PMC** augmentent. La rémunération étant la valeur ajoutée[158] apportée par le **PMC** celle-ci variera à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution de la nature des ventes.

Dans le cadre d'une démarche qualité visant à satisfaire prioritairement les consommateurs[159] associée à une image commerciale, la mécanique va provoquer une accélération de la baisse du **PMC** avec l'accélération du nombre des ventes simples.

La compréhension de la mécanique qui gère l'économie d'une officine, entraine automatiquement la compréhension de la nécessité de maitriser les trafics, et que cette maitrise ne peut être obtenue que par la maitrise de sa démarche qualité. D'où l'intérêt d'utiliser un indice de suivi de la qualité comme le BaroQualité que nous avons créé.

---

[154] Ou le mode d'exercice du pharmacien
[155] Ou espace de ventes
[156] Ou zone de chalandise
[157] Ou mode d'exercice libéral
[158] C'est la valeur de la marge dégagée par le **PMC**
[159] C'est-à-dire une démarche commerciale

5. Le modèle économique.

La conséquence d'avoir démontré l'existence d'une mécanique économique précise en officine est que nous pouvons déterminer des modèles économiques tout aussi précis correspondant aux effets conjoints de cette mécanique et de la démarche qualité adoptée.

Dans le cadre de l'appréciation de nos résultats et de leur comparaison avec les différentes statistiques qui nous sont proposées nous avons pu déterminer notre modèle économique en nous appuyant sur les indicateurs économiques de notre tableau de bord et sur le BaroQualité.

La définition des objectifs de notre démarche qualité étant pour nous le reflet de l'activité libéral que doit avoir le pharmacien nous avons défini notre modèle économique comme étant le modèle économique libéral.

Le modèle économique libéral se définit sur les bases suivantes :

- Il doit posséder un BaroQualité situé entre 0 et 0,300, notre BaroQualité se situant actuellement à 0,170.
- Le **PMO** ne doit pas être plus de 5% inférieur au **PMO** France qui est situé actuellement autour de 50 €. Notre **PMO** dépasse actuellement les 53 €.
- Le taux des ordonnances par rapport aux ventes totales ne doit pas être inférieur à 65%. Le rapport ordonnances/ventes hors ordonnances doit donc être au minimum de 65/35. Notre rapport ordonnances/ventes hors ordonnances est de 72/28 alors que le rapport France est actuellement entre 59/41 et 60/40.

Pour être libéral le modèle économique doit respecter ces 3 critères sachant que pour obtenir un BaroQualité situé entre 0 et 0,300, les 2 autres indicateurs sont le plus souvent respectés.

A partir des résultats de l'analyse que nous avions fait de l'augmentation de chiffre d'affaires consécutive à nos travaux et en les corroborant aux statistiques IMS Pharmastat et Santestat nous avons déterminé un deuxième modèle économique correspondant au modèle économique le plus répandu actuellement dans la profession. La profession s'appuyant sur une vision plus commerciale de l'espace d'accueil nous l'avons appelé le modèle économique libéral commercial.

Le modèle économique libéral commercial se définit sur les bases suivantes :

- Le BaroQualité se situe entre 0,300 et 0,600
- Le **PMO** se situe actuellement entre 40 et 50 €.
- Le rapport ordonnances/ventes hors ordonnances se situe autour de 60/40.

Le modèle économique libéral commercial se caractérise par le fait que les indicateurs peuvent varier fortement parce qu'ils sont tributaires de l'image commerciale et de l'environnement. Une image commerciale associée à environnement proche correspondant à la répartition géographique et la dégradation des indicateurs, en l'occurrence le **PMC**, sera lente parce que le chaland sera limité et fixé par la répartition géographique.

Une image commerciale associée à un environnement proche possédant une attractivité commerciale et la dégradation des indicateurs sera plus importante et plus rapide en fonction de l'importance du chaland.

L'accroissement important du chaland, comme dans le cas des centres commerciaux, nous a amené a déterminé un troisième modèle économique que nous avons appelé modèle économique commercial car il répond aux règles de la distribution du fait du surdimensionnement des ventes simples hors ordonnances.

Le modèle économique commercial se définit sur les bases suivantes :

- Le BaroQualité se situe au dessus de 0,600.
- Le **PMO** est le plus souvent inférieur à 40 €
- Le rapport ordonnances/ventes hors ordonnances se situe autour de 20/80

Le modèle économique commercial se caractérise par le fait que le nombre des ventes simples est trop important pour que les objectifs d'une démarche qualité visant à satisfaire des malades puissent être atteints. Le modèle économique commercial correspond en tout point au modèle de distribution, où le rôle du pharmacien se réduit à l'exploitation de son image.

Si l'analyse de nos résultats et des statistiques nous a amenés à déterminer les modèles économiques libéraux et libéraux commerciaux, le modèle économique commercial a été défini par extrapolation à partir des éléments fournis par les sites des groupements ou d'articles consacrés à certains adhérents de ces groupements[160].

Pour les modèles libéraux et libéraux commerciaux nous avons pu établir un comparatif de fonctionnement de la mécanique économique de ces modèles à partir de nos constatations.

Nous avons pris l'hypothèse de l'application d'un concept marchand avec une démarche libérale pour le modèle libéral commercial et d'un concept libéral avec une démarche libérale pour le modèle libéral.

Concepts marchands

Fonctionne par augmentation de fréquentation

- ils s'appuient essentiellement sur des techniques de ventes et une offre produit élargie.

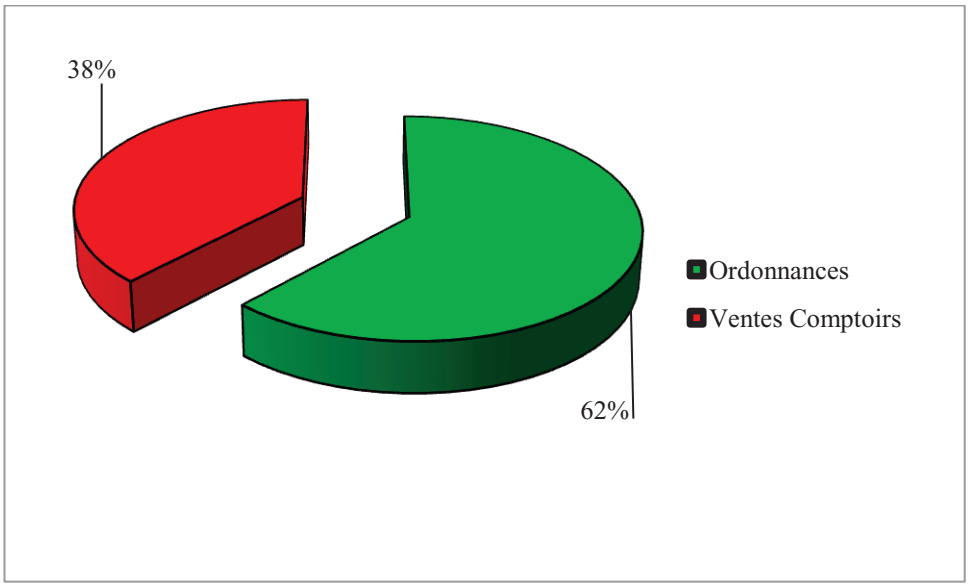
Concept libéral

Fonctionne par mise en avant des qualités professionnelles.

- il s'appuie essentiellement sur le perfectionnement des compétences

[160] Voir chapitre discussion.

Équilibre des ventes



Pour l'exemple la répartition des ventes est celle d'un modèle libéral commercial, et les taux de marges des ventes sont identiques.

Indicateurs de départ

Rapport ordonnances/ventes comptoirs = 62% / 38%

- fréquentation moyenne : 3 200 ventes (mensuelles)
- marge brute moyenne obtenue : 25 088 €

Application d'un concept marchand

Privilégier les ventes comptoirs (Para, OTC, etc.)

Modification de l'équilibre souhaité : ordonnances/ventes comptoirs = 60% / 40%

- fréquentation moyenne : 3 200 ventes (mensuelles)
- marge brute moyenne obtenue : 24 640 € = baisse de 1,79%

Résultats : obligation d'augmenter la fréquentation de + 5,67% (soit 180 clients) pour obtenir la même marge brute.

Application d'un concept libéral

Privilégier la dispensation d'ordonnances

Modification de l'équilibre souhaité : ordonnances/ventes comptoirs = 64% / 36%

- fréquentation moyenne : 3 200 ventes (mensuelles)

- marge brute moyenne obtenue : 25 536 € = hausse de 1,79%

Résultats : amélioration des compétences professionnelles.

Explications

Le montant moyen des ventes est différent.

- 46 € pour les ordonnances.
- 12 € pour les ventes comptoirs.

Les marges sont de natures différentes.

- Marge dégressive lissée pour les ordonnances : plus leur montant est élevé, plus leur marge en valeur est importante.
- Marge linéaire pour les ventes comptoirs : plus la concurrence est élevée, plus leur marge en valeur est faible.

Conséquences du choix d'un concept marchand

Le fait de privilégier et de développer les ventes comptoirs amène :

- Une augmentation de fréquentation
- Une baisse du **P**anier **M**oyen **C**lient
- Un rajeunissement de la clientèle
- Une baisse du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance
- Une augmentation du taux de la marge brute
- Une baisse de la marge nette (EBE)

Conséquences du choix d'un concept libéral

Le fait de privilégier et de développer la dispensation des ordonnances amène :

- Une modification de la pyramide des âges
- Une augmentation du **P**anier **M**oyen **C**lient
- Un vieillissement de la clientèle
- Une augmentation du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance
- Une baisse du taux de la marge brute
- Une augmentation de la marge nette (EBE)
- Une variation positive maitrisée de la fréquentation

Fonctionnement du concept marchand

Une augmentation de l'offre produits par :

- L'augmentation du référencement
- Le développement de nouveaux marchés

Une modification du mode d'exercice par :

- Une attention tournée vers la clientèle ciblée (nouveaux marchés)
- Une politique de prix soumise fortement à la concurrence
- Un exercice de vendeur spécialisé plus que de pharmacien

Conséquences du fonctionnement en concept marchand

- Modification de l'image de la pharmacie
- Banalisation du médicament et de son conseil
- Détérioration de l'économie officinale (augmentation du personnel)
- Difficulté à se défendre comme professionnel de santé
- Détérioration de l'image auprès des pouvoirs publics (rentes de situation)
- Mauvaise appréciation de la prospective
- Perte de l'indépendance du pharmacien

Fonctionnement du concept libéral

Une mise en avant de ses compétences par :

- Un environnement « professionnel de santé »
- Une dispensation moderne et « éclairée »

Une volonté de satisfaire le patient par :

- Une attention tournée vers la clientèle ciblée (le patient)
- Une politique de délivrance « zéro défaut »
- Un exercice de pharmacien professionnel de santé

Conséquence du fonctionnement en concept libéral

- Amélioration de l'image de la pharmacie

- Valorisation et développement du conseil par la qualité de la délivrance ordonnance : l'ordonnance amène le conseil (et pas l'inverse)
- Amélioration de l'économie officinale (augmentation de la marge nette[161] par stabilisation du personnel)
- Implication forte de l'équipe officinale dans la démarche qualité « professionnel de santé » (revalorisation de leur rôle)
- Amélioration de l'image auprès des pouvoirs publics pour obtenir la qualité de prescripteur
- Appréciation positive de l'avenir
- Indépendance du pharmacien renforcée (dégagé de la pression commerciale)

Comparaison concept marchand / concept libéral

Abandon des indicateurs non pertinents

- Abandon de la comparaison par taux de TVA
  - Les évolutions des différents taux de TVA ne reflètent pas l'activité
  - Les différents taux de TVA ne représentent pas les types de ventes
- Abandon de la comparaison par les niveaux d'achats
  - Les achats n'ont jamais fait les ventes
  - La nature des ventes est induite par la stratégie des ventes mise en place (et non les quantités achetées)

Choisir des indicateurs pertinents

- se comparer sur le nombre de clients (hebdo ou mensuel ou annuel) et non sur le nombre de ventes
- se comparer sur le panier moyen
  - panier moyen ordonnance (corrélation avec la typologie de la clientèle)
  - panier moyen vente (corrélation avec le pouvoir d'achat de la clientèle)
  - panier moyen client (corrélation avec l'activité libérale et indépendante du pharmacien)
- se comparer sur le taux de ventes associées à l'ordonnance

[161] EBE

Faire le choix d'un indice de suivi de performance dans la démarche qualité

Il y a plusieurs façons de faire fonctionner la mécanique économique officinale, comme il y a plusieurs façons de piloter les voitures.

Comme on a pu le voir le pharmacien tire l'essentiel de la valeur ajoutée produite par l'officine grâce aux malades qui y pénètrent. Il répond ainsi parfaitement au rôle de santé publique pour lequel il dispose d'une licence d'exploitation.

Il est propriétaire de son fond pour lui permettre d'avoir l'indépendance nécessaire pour exercer de la façon la plus objective possible. Il dispose pour cela d'un monopole sur le médicament.

Ethique, déontologie, code de la santé, le pharmacien est un professionnel de santé à part entière qui se doit d'exercer sans pression commerciale tout en préservant l'économie de son activité. Unique responsable de sa dispensation médicamenteuse, le conseil du pharmacien peut aboutir à la vente d'un produit, ce qui le différencie très clairement d'un distributeur pour qui le conseil vient en complément de l'achat.

Le principe de base du fonctionnement de la mécanique économique officinale s'appuie donc sur une démarche de profession libérale, ou les malades sont fidélisés par les seules compétences professionnelles du pharmacien et de son équipe officinale. Même s'il a été longtemps combattu, le système du tiers payant généralisé a permis d'accroitre encore la confiance du malade envers le conseil de son pharmacien puisqu'il ne rentre plus dans l'officine pour dépenser mais pour se soigner uniquement.

Heureusement pour la santé des malades la majorité des pharmaciens font fonctionner leurs officines avec une démarche de professionnel de santé même si de plus en plus souvent l'image donnée par leur espace, devenu commercial, n'est pas en accord avec leur niveau de compétences et leur activité libérale et entraine une perte de productivité.

Les atteintes économiques dues à la maitrise comptable des dépenses de santé, la prolifération des licences « commerciales », la libération des prix, l'ouverture du monopole pour les produits cosmétiques, associées à la mauvaise connaissance de l'économie officinale par les titulaires ont fait apparaitre un nouveau mode de fonctionnement de la mécanique économique officinale.

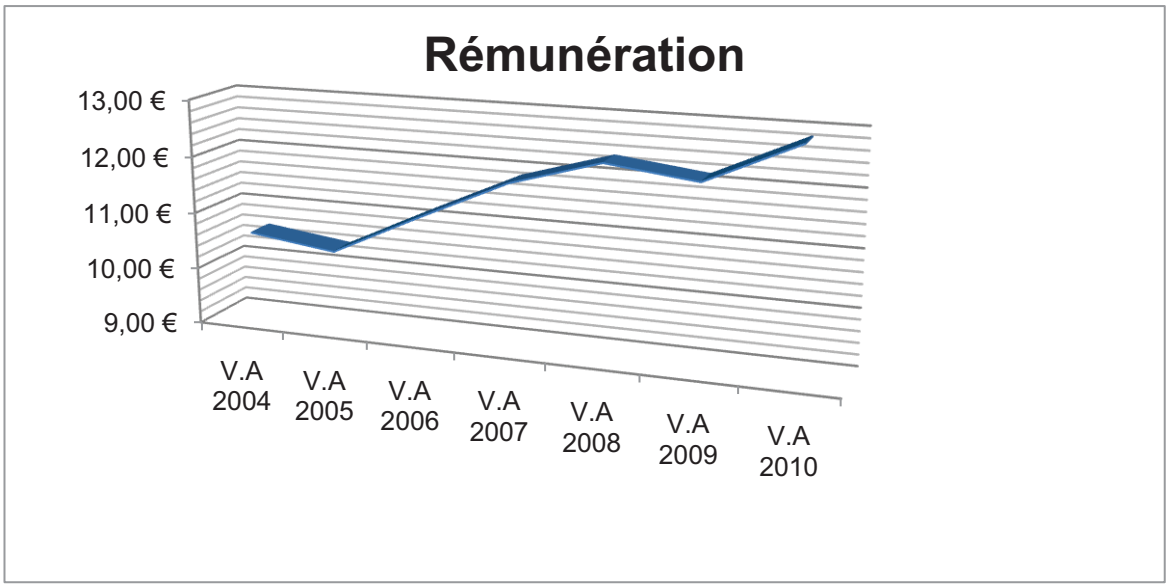
Les politiques, en acceptant la création ou le transfert de licences répondant uniquement à des raisons commerciales, ont permis un fonctionnement plus commercial que libéral de l'officine.

6. La rémunération

Comme défini dans le préambule, la rémunération est la valeur ajoutée apportée par le patient, le patient consommateur ou le consommateur. La rémunération est donc la valeur de la marge du **P**anier **M**oyen **C**lient. Comme l'analyse de nos résultats et des statistiques IMS Pharmastat l'ont démontré le **PMC** dépend de la mécanique économique de l'officine et de la stratégie de développement utilisé par le titulaire.

En conservant la même démarche et en utilisant une image cohérente avec cette démarche, nous avons obtenu une amélioration constante de notre rémunération, conjointement avec une augmentation régulière du chiffre d'affaires[162].

Tableau n°73



Evolution rémunération 2004/2010 pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Le tableau ci-dessus montre la progression de la rémunération de 2004 à 2010. La baisse de la rémunération de 2004 à 2005 et de 2008 à 2009 correspond à une augmentation de la fréquentation de l'officine.

En passant de 10,60 € en 2004 à 12,87 € en 2010, notre rémunération a progressé de 21,40%.

Dans le même temps la valeur de la marge de l'ordonnance pour notre officine progresse de plus de 28%, quand la valeur moyenne de la marge de l'ordonnance pour la France progresse de 12%. La valeur moyenne de la marge de l'ordonnance du département ne progresse que d'environ 8% sur la même période. Cette analyse des progressions des valeurs des marges ordonnances montrent que les progressions sont d'autant plus faibles que les paniers moyens sont bas.

[162] Voir tableau n°71

De 2004 à 2010, selon les statistiques IMS Pharmastat, la progression de la valeur de la marge pour les ordonnances dépasse les 3 € pour notre officine, dépasse les 1,10 € pour la France et atteint les 80 centimes d'€ pour le département.

C'est dans le modèle économique libéral que le pourcentage d'ordonnances dans les ventes est le plus important. C'est dans le modèle économique libéral que le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance est le plus élevé comme le montrent nos résultats et les statistiques IMS.

C'est parce que le **PMO** du modèle libéral est le plus élevé que son **PMC** est le plus élevé grâce au pourcentage important d'ordonnances dans les ventes.

Dans les modèles économiques décrits précédemment, la rémunération la plus élevée se retrouve donc dans le modèle économique libéral. Le maintien de la démarche qualité permettant à la mécanique de continuer à faire progresser le **PMC**, la rémunération progresse aussi plus vite que la rémunération des autre modèles.

7. Synthèse.

L'analyse de nos résultats et des différentes statistiques mises à notre disposition, montre l'importance de conserver un exercice libéral, seul garant de notre indépendance.

Seul un exercice libéral permet d'avoir l'objectivité nécessaire pour nos conseils. Le fait que notre rémunération soit de type commercial, ne doit faire oublier que nous sommes des libéraux. La difficulté de notre exercice est de comprendre que plus nous laisserons l'influence du commerce diriger notre économie et plus nous perdons la maitrise de notre outil de travail.

Nos résultats montrent très clairement que seul le modèle économique libéral est à même d'apporter une valeur ajoutée suffisante pour faire face aux charges induites par la qualité de l'exercice.

4éme partie

Discussion

L'exercice libéral est le mode d'exercice originel du pharmacien. L'évolution de notre exercice s'est tournée vers un mode plus commercial, avec l'apparition des licences dérogeant au principe de la répartition géographique qui avait permis jusqu'à lors de protéger l'exercice libéral. Ces licences dérogatoires ont donné naissance à des pharmacies atypiques possédant un modèle économique clairement identifiable : le modèle commercial.

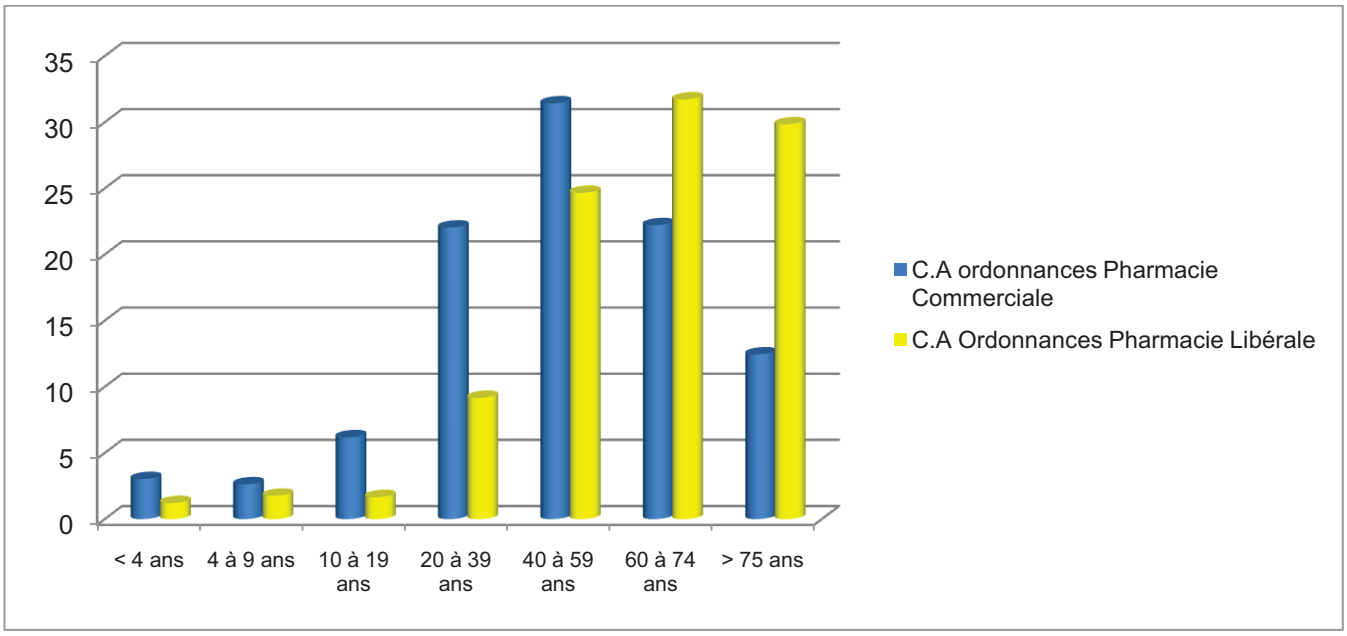
A. Le modèle commercial : l'effet vitrine.

Le modèle commercial est un modèle économique qui ne dépend pas d'un mode d'exercice mais qui dépend uniquement d'un emplacement commercial. 6% des pharmacies françaises (1 360) sont attenantes à des hypermarchés (**Biblio n°** (4) RENARD) et voient défiler journellement un chaland pouvant dépasser les vingt milles personnes. Ce modèle ne répond pas à une démarche élaborée mais à la loi du marché. Le malade n'est pas la cible puisque c'est l'environnement commercial qui conditionne l'attractivité, c'est donc le consommateur qui devient la cible avec la problématique que cela entraine en termes de concurrence.

La taille des chiffres d'affaires de ces officines fait qu'elles servent de référence pour les autres, avec pour conséquence une augmentation des référencements et de l'offre produit aboutissant au développement des ventes simples dans l'ensemble des officines.

Le modèle commercial repose sur une composition du chiffre d'affaires totalement différente du modèle libéral. Le chiffre d'affaires ordonnance par exemple repose sur une population beaucoup plus jeune que la population fréquentant une officine de quartier.

Tableau n°74



Comparatif C.A ordonnances pharmacie commerciale et pharmacie libérale

Le tableau ci-dessus représente le glissement du chiffre d'affaires ordonnances du modèle commercial[163] vers des tranches d'âges plus jeunes.

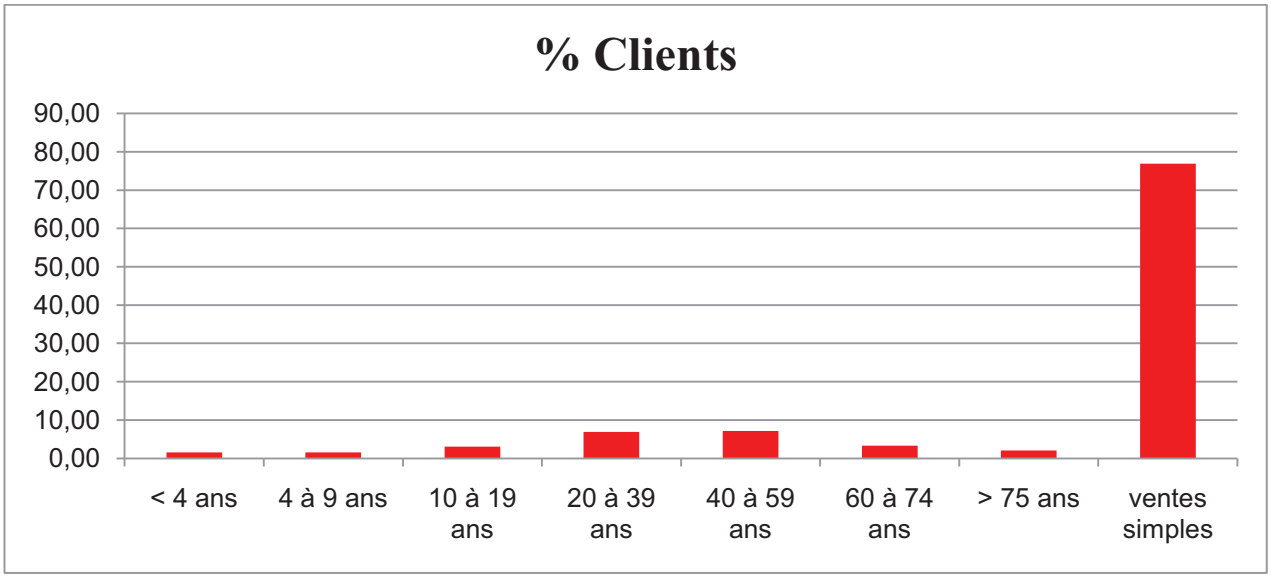
Le chiffre d'affaires ordonnance des pharmacies ayant un modèle libéral est concentré sur les tranches d'âges supérieures à 40 ans (83% du C.A)

Le chiffre d'affaires ordonnance des pharmacies commerciales est concentré sur les tranches d'âges situées entre 20 et 74 ans (75% du C.A).

Cette différence n'est pas anodine puisque le panier moyen ordonnance est beaucoup plus faible pour les pharmacies commerciales du fait de ce rajeunissement et donc de la prédominance des traitements occasionnels sur les traitements chroniques.

La taille du chaland et l'offre produit font que la fréquentation des pharmacies commerciales se concentre sur les ventes simples. Le tableau suivant montre la ventilation classique des clients dans une officine suivant un modèle commercial, plus de 70% des clients sont des consommateurs qui y effectuent des achats simples.

Tableau n°75

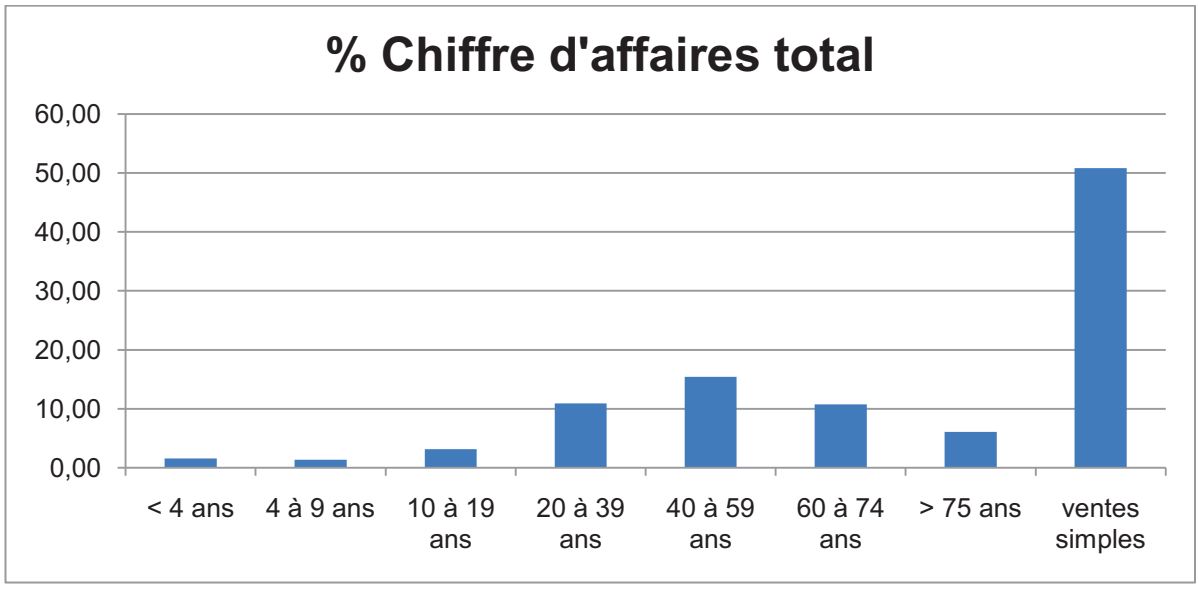


Répartition clientèle modèle commercial (J.P Folco 2010)

[163] Colonnes bleues

La conséquence de cette concentration est que prés de 50% du chiffre d'affaires est réalisé par plus de 70% de la clientèle.

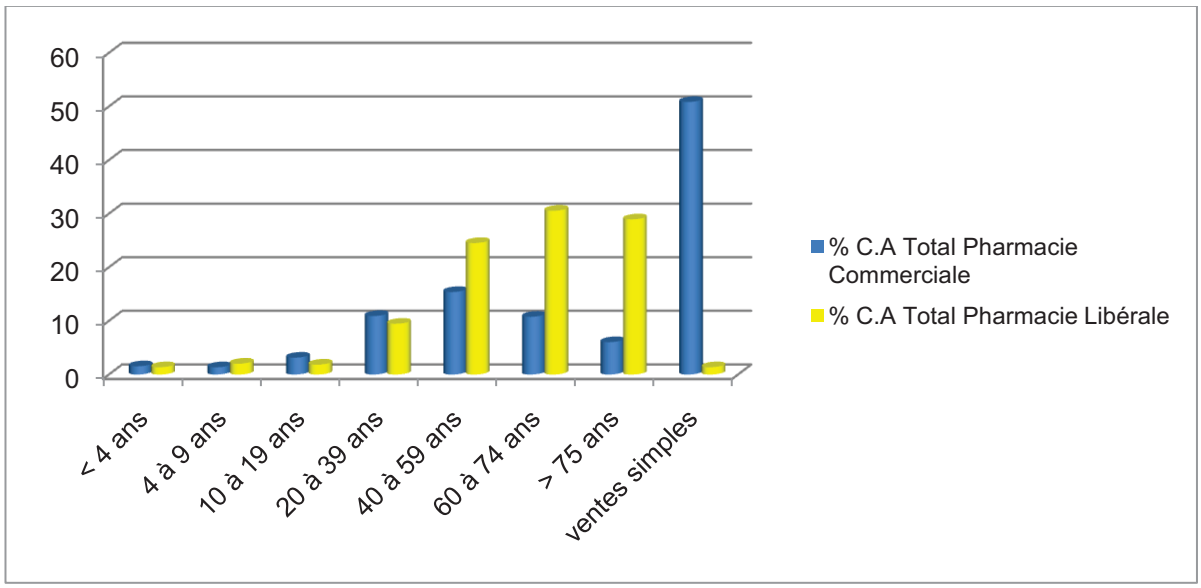
Tableau n°76



Répartition C.A modèle commercial (J.P FOLCO 2010)

Les porteurs d'ordonnances n'apportent plus que 50% du chiffre d'affaires contre prés de 99% pour une pharmacie fonctionnant sur un modèle libéral.

Tableau n°77



Comparatif C.A pharmacie commerciale/pharmacie libérale

Le tableau ci-dessus montre l'importance du ciblage de la clientèle dans la réalisation des chiffres d'affaires. Les **P**aniers **M**oyens **C**lients sont différents. Dans l'exemple retenu pour le

tableau ci-dessus, celui de la pharmacie libérale se situe à 53,50 €, celui de la pharmacie commerciale se situe autour de 22 € avec un **P**anier **M**oyen **V**ente hors ordonnance supérieure de 20% à celui de la pharmacie libérale.

La fréquentation est de plus de 400 clients par jour dans cette exemple pour la pharmacie commerciale, dont environ 100 sont des porteurs d'ordonnances.

Le sur dimensionnement de la fréquentation pour des ventes simples comptoirs (plus de 70% de la clientèle) dans le modèle commercial, fait que la mécanique économique entraine une baisse importante de la rémunération du pharmacien. L'absence de démarche cohérente ne permet pas de maitriser ni le trafic ni l'outil de travail, et la concurrence, alliée à la taille du chaland, font que le niveau de rémunération du modèle commercial est très faible ne dépassant pas le plus souvent les 6 € en comparaison avec la rémunération dépassant les 12 € de notre modèle.

Le coté atypique du modèle commercial et la faiblesse de la rémunération obtenue rendent le modèle commercial trop aléatoire en termes de résultats pour pouvoir être un modèle fiable pour assurer une rémunération pérenne et de haut niveau. Pourtant la taille des chiffres d'affaires, alliée à la vision capitalistique que beaucoup ont de notre métier, font que ces officines servent de références pour le mode de développement des autres. C'est l'effet vitrine, qui entraine une modification de l'image des autres officines.

B. Evolution du modèle libéral vers un modèle commercial

La démarche libérale est la démarche de base de l'exercice du pharmacien. L'évolution actuelle fait que la démarche libérale évolue vers une démarche plus commerciale à cause du développement des pharmacies commerciales. La majorité des intervenants de la profession prônent un développement de type commercial basé sur une offre produit destinée à augmenter les volumes de ventes.

« Les écarts se creusent et ceux qui essaient de bien faire leur métier sans céder aux sirènes d'un commercialisme à outrance s'en sortent relativement mal » (**Biblio** (26) BESSET Philippe). « Notre marge n'est tout simplement plus adaptée à la structure du marché » (**Biblio** (30) BESSET Philippe)

La profession s'oriente délibérément vers un développement axé sur les consommateurs, caractérisé par un phénomène assez récent en forte croissance : les enseignes en pharmacie. Au lieu d'axer le développement de leur chiffre d'affaires comme un professionnel libéral, beaucoup de pharmaciens se développent en augmentant leur offre produits. La notoriété va reposer sur la communication, les enseignes en pharmacie ont toujours communiqué via leur identité visuelle et les messages véhiculés en vitrine. Aujourd'hui la publicité grand public s'impose pour assurer leur notoriété (**Biblio** (31) CARDIN).

« Nous avons voulu nous adresser aux consommateurs qui rentrent dans nos officines avec un message *experts en pharmacie et en vie moins chère.* Ce n'est pas parce que nous sommes pharmaciens que nous devons augmenter les prix ! » (**Biblio** (31) CARDIN).

L'amélioration de la performance économique des officines nécessite que les pharmaciens se réorganisent tout en élargissant leur champ d'activité. Augmenter les chiffres d'affaires en dynamisant les ventes des médicaments non remboursables et développer les ventes du « hors médicaments » font partie des initiatives préconisées par J.M Peny dans une présentation au Sénat en mars 2006 (**Biblio** (32) PENY).

« Une pharmacie est un commerce comme un autre qui ne vit que par son chiffre d'affaires et les marges qu'elle réalise » (**Biblio** (33) Midi Libre)

La politique des groupements a poussé un nombre importants de pharmaciens vers un exercice plus commercial. L'aboutissement de cette politique est l'apparition de nombreuses enseignes, signes d'un exercice devenu plus commercial que libéral avec l'apparition du concept de « patients consommateurs ». Tous les groupements, mêmes les plus éthiques, ont basé leur développement sur des stratégies commerciales.

« Une politique d'enseigne avancée pour préserver votre indépendance et vous permettre de profiter pleinement de tous les avantages d'une enseigne nationale. » « Parce que les besoins des consommateurs évoluent en permanence et que leurs attentes s'orientent vers un espace commercial agréable, une qualité de service et des prix avantageux…. » « Parce que nous souhaitons développer notre notoriété, gagner des clients et les fidéliser en toute indépendance » « augmentation de la rentabilité de notre espace de vente grâce à des règles éprouvées dans tous les circuits de distribution. » « Parce que l'enseigne est devenue un élément stratégique incontournable, parce que le consommateur a besoin de se repérer dans un paysage commercial disparate, parce qu'il est prouvé et reconnu qu'une politique d'enseigne permet une croissance deux fois plus rapide que celle du commerce de détail traditionnel. » « Renforcement de l'image et de sa notoriété par le biais de moyen de communication grand public (télévision, presse, internet…). » « Nous, Giphar, avons décidé de profiter de notre représentativité nationale pour devenir la première enseigne pharmaceutique en France. » (**Biblio** (34) GIPHAR).

« Global Pharmacie dope les ventes en parapharmacie. » « Ces petites pharmacies de proximité réalisent en moyenne entre 1 et 3% de leur C.A sur le rayon para, et l'objectif est d'atteindre 12%[164]. Global Pharmacie leur offre une solution clé en main » (**Biblio** (35) MARTIN) (**Biblio** (36) GLOBAL PHARMACIE).

« Conserver ou récupérer une clientèle « nomade », capitaliser sur une clientèle plus jeune, proposer une offre produits et des prix attractifs… C'est là le grand défi pour beaucoup d'officines de petite taille… » (**Biblio** (37) ALBAN).

« Pour répondre à la problématique des petites officines nous avons mis en place un concept à même de leur apporter une offre produits pertinente en consacrant 70% de la surface de la pharmacie à l'espace de vente » (**Biblio** (36) GLOBAL PHARMACIE)

[164] En 2002 4% des pharmacies réalisaient plus de 10% en parapharmacies

« Les clients ont remarqué les changements opérés sur la visibilité extérieure de la pharmacie (offres, marques, cartes de fidélité, nouvelle enseigne….), ils ont pu apprécier la nouvelle offre produits avec 17 marques de dermocosmétique[165] et l'apparition des rayons hommes, OTC libre service et vétérinaire, le tout agrémenté de prix concentrés…la carte de fidélité a été bien accueillie car dés 20 € d'achat, le client bénéficie de 10% de remise (**Biblio** (36) GOBAL PHARMACIE).

« La pharmacie moyenne souffre sur le plan économique et en termes d'image, l'enseigne Proxipharma a été créée pour revaloriser la pharmacie de proximité en termes de choix de produits, de prix, d'accueil et de confiance….Depuis la mise en place de cette communication Proxipharma, nos affiliés ont enregistré une augmentation du nombre de clients , la récupération de ceux qui ne venaient plus depuis 2 ou 3 ans et l'arrivée d'une clientèle plus jeune, Proxipharma revendique directement son positionnement au consommateur via le nom de l'enseigne, les couleurs et un message clair : la proximité et le prix (**Biblio** (37) ALBAN).

« Force est de reconnaître que les études de pharmacie préparent peu les officinaux aux réalités économiques, marchandes et sociales, de l'officine. Les enseignes de pharmacie sont des concepts marchands qui sont supportés par une stratégie et des moyens importants en termes d'agencement, de merchandising, d'image, de communication, de positionnement, d'analyse de zone de chalandise…. autant de termes et de concepts ignorés par les facultés de pharmacie, mais qui deviennent des réalités quotidiennes. »Arnaud Cazalbou[166] (**Biblio** (38) MAZIERE).

La totalité des concepts développés par les groupements sont des concepts marchands destinés à capter une clientèle de consommateurs et mis en place par des spécialistes du monde de la distribution. « On s'inspire des méthodes de la grande distribution » Daniel Buchinger, président de la société Univers Pharmacie (**Biblio** (39) CASSEL)

Ces concepts reposent tous sur une offre produits élargie pour lesquels l'équipe officinale doit démontrer ses compétences lors de la vente. Cela permet de développer les chiffres d'affaires par une augmentation des volumes de ventes, la concurrence s'établissant sur des critères de prix, de référencements, d'emplacement et de services.

Ainsi dans le cadre du développement de notre officine, nous avons eu beaucoup de mal à trouver un concept nous permettant d'avoir une image de professionnel de santé correspondant à la démarche qualité que nous avions mis en place.

C'est grâce à la modélisation de notre économie que nous avons fait nos choix d'agencement, cette modélisation permettant avant tout de prévoir l'évolution de son économie et de se fixer des objectifs cohérents.

En connaissant notre modèle économique et sa mécanique, nous avons pu appréhender quelles seraient les évolutions du chiffre d'affaires en fonction des transformations et des solutions proposées, qui reprennent en fait toujours les mêmes éléments de développement.

[165] 127 mètres linéaires sur 37 mètres carrés
[166] Directeur général de Labo Pharma Conseils, société spécialisée dans l'accompagnement des politiques commerciale des laboratoires

Tous les concepts de développement actuels reposent sur les mêmes principes commerciaux, comme nous l'avons décrit précédemment, et ces principes influent fortement sur la mécanique économique comme l'analyse de nos résultats l'ont démontré.

A partir d'un concept marchand nous allons expliquer pourquoi le simple choix d'une enseigne développant un modèle commercial peut se révéler pénalisant économiquement en faisant évoluer le modèle libéral de base vers un modèle libéral commercial.

En prenant le parti de ne pas utiliser nos vitrines comme vecteurs de communication pour l'offre produit intérieure[167], nous nous sommes par exemple volontairement passés d'un élément essentiel de la communication commerciale habituelle. Par contre en ouvrant notre espace d'accueil sur l'extérieur nous n'avons fait que reprendre les principes de communication d'une chaine de coiffeurs comme Jean-Louis David qui possède une image forte de professionnels.

Photo n°9

Dans le cadre des concepts marchands les vitrines sont systématiquement utilisées comme vecteurs principaux de la communication commerciale par l'ensemble des pharmaciens, permettant théoriquement une différenciation entre pharmacies. Le résultat va plutôt dans le sens d'une uniformisation de l'image commerciale des pharmacies. Ce sont les premiers éléments d'une stratégie visant à faire rentrer prioritairement des consommateurs.

[167] Voir **Photo n°2**

En limitant et en clarifiant l'offre produit[168], notre choix était d'en réduire l'attractivité et de limiter ainsi les ventes simples au profit d'une augmentation du nombre d'ordonnances et des ventes associées à l'ordonnance.

Photo n°10

En augmentant les référencements on augmente les volumes de ventes. Plus cette offre est attractive plus la fréquentation augmente, c'est le principe de base du fonctionnement actuel de l'économie de la plupart des officines et leitmotiv de la plupart des groupements.

En sur dimensionnant les linéaires[169], les clients ont à leur disposition un choix de produits dynamisant les achats. Dans l'exemple choisi, le concept revendique s'inspirer de la grande distribution en instituant un sens de circulation obligatoire (**Biblio** (40) SAUREL)

[168] Voir **Photo n°3**, **Photo n°6**
[169] Dans l'exemple choisi 127 mètres linéaires pour 35 mètres carrés de surface commerciale

Photo n°11

L'offre produit proposée par les enseignes est généralement très complète avec des espaces clairement signalés. Le nombre de marques est souvent prolifique.

Photo n°12

Dés l'entrée des éléments de mobilier obligent les consommateurs à circuler dans les différents espaces avant d'accéder aux comptoirs.

Photo n°13

Les comptoirs ne sont généralement pas visibles de l'entrée et la concentration du mobilier ne permet pas de ménager des espaces permettant un minimum de confidentialité. En décidant de laisser libre plus de 50% de notre espace au sol, rendant ainsi nos comptoirs très visibles et immédiatement accessibles[170], nous sommes allés à l'encontre des préconisations de l'ensemble des spécialistes de la distribution mais nous avons créé un espace de confidentialité naturel, correspondant à la nature de notre démarche.

L'importance donnée à l'image commerciale par les concepts marchands fait que cette image influence très fortement la mécanique économique comme nous l'avons décrit en analysant nos résultats.

L'augmentation de chiffre d'affaires est beaucoup plus importante dans les premiers mois d'exploitation post transformations pour les concepts marchands, que pour le type de transformations que nous avons réalisé.

Dans l'exemple choisi l'augmentation de chiffre d'affaires pour l'officine transformée est de 15% pour les premiers mois d'exploitation, alors que le chiffre d'affaires stagnait auparavant (**Biblio** (37) ALBAN).

[170] Voir **Photo n°2**

Dans notre cas cette augmentation n'a été que de 9%, mais était consécutive à une augmentation de prés de 7% avant les transformations.

Le problème essentiel d'une augmentation obtenue par l'application d'une démarche commerciale s'appuyant sur un concept marchand est qu'elle est obtenue essentiellement par une augmentation des volumes de ventes simples et qu'elle fait rentrer le pharmacien titulaire dans une logique de concurrence qui nuit à son indépendance de libéral, puisqu'il devient dépendant de la démarche commerciale de son environnement.

Dans l'exemple pris ci-dessus l'augmentation de chiffre d'affaires est de 15% pour une augmentation des ventes de 35% (**Biblio** (36) GLOBAL PHARMACIE).

Le rapport ordonnances/ventes se dégrade. La baisse du rapport entraine une baisse structurelle de la valeur de la marge. Avec une même valeur de marge à l'ordonnance et à la vente hors ordonnance[171] le passage d'un rapport 62/38 à un rapport 58/42 provoque une perte automatique de 3,33% de la valeur ajoutée avec un nombre égal de ventes.

La modélisation permet d'interpréter les évolutions de chiffres en tenant compte des objectifs affichés par la démarche. La volonté des concepteurs d'enseigne est avant tout d'augmenter le trafic par une augmentation de l'offre produit. Le fait d'avoir une augmentation de chiffre d'affaires de 15% pour une augmentation de 35% des ventes, montre que le **P**anier **M**oyen **C**lient est en baisse, car s'il était seulement maintenu l'augmentation de C.A serait du même niveau en pourcentage. On voit bien, à travers les résultats obtenus, l'effet de la mécanique économique. Nous allons étudier les effets de ces stratégies sur l'évolution du modèle économique.

[171] Soit 10,70 € et 4 € les valeurs actuelles

C. Conséquence d'une stratégie commerciale sur l'économie d'une pharmacie de quartier.

Si dans le chapitre précédent, il est décrit comment l'image de l'officine évolue vers une image de plus en plus commerciale, dans ce chapitre il sera décrit l'évolution de l'économie d'une pharmacie de quartier comparable à mon officine, répondant à la loi de répartition géographique et dont le titulaire a adopté depuis le rachat une démarche reposant sur une image commerciale.

1. Critères de comparaison

Réalisant un chiffre d'affaires quasiment identique à notre chiffre d'affaires, avant ses travaux de rénovation, la pharmacie V[172] a suivi une progression de chiffre d'affaires plus rapide que la notre sur les premières années, pour arriver à un chiffre d'affaires supérieur au notre en 2006. Les critères de comparaison seront les indicateurs de notre tableau de bord, tout en reprenant des éléments existants dans les bilans 2006, 2007, 2008 et 2009 de cette officine. Ces bilans, les synthèses informatiques LGPI[173], ainsi que les statistiques IMS et Santestat, ont été fournis par une des agences de vente possédant un mandat.

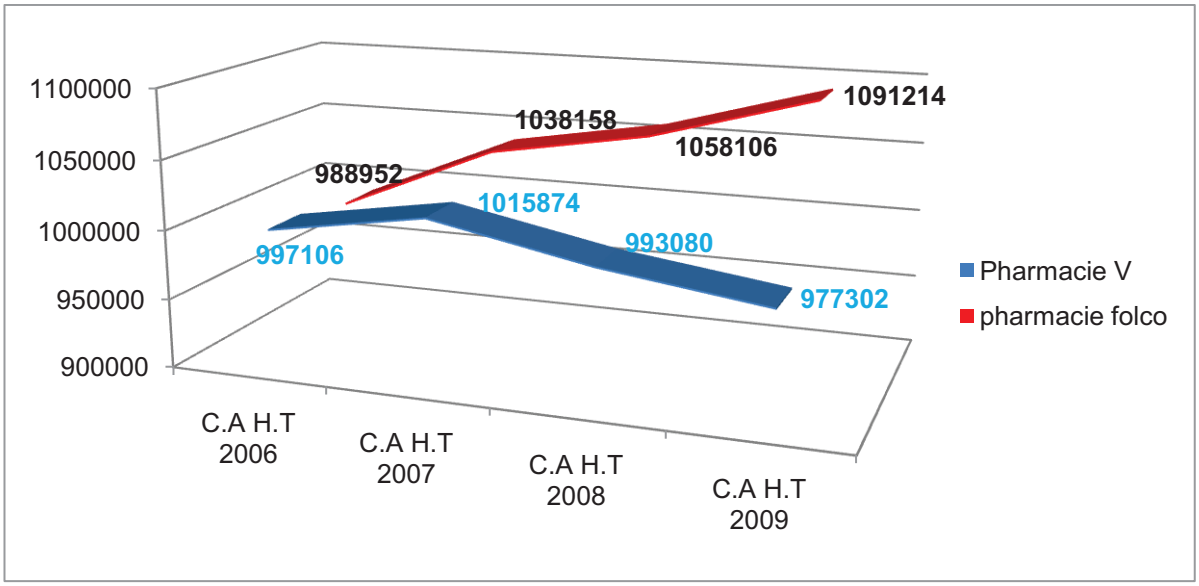
2. Comparaison de l'évolution des chiffres d'affaires

De 2004 à 2006 le chiffre d'affaires de la pharmacie V a augmenté plus rapidement que le notre, en partant du même chiffre d'affaires avant travaux, soit environ 860 000 € H.T. Le chiffre d'affaires de la pharmacie V atteint 997 106 € H.T en 2006 contre 988 950 € H.T pour notre officine.

Dés 2007, le chiffre d'affaires de notre officine dépasse celui de la pharmacie V.

[172] Pour des raisons de confidentialité, le nom de cette pharmacie ne sera pas divulguée, elle est située dans un quartier populaire de Villeurbanne et est actuellement en vente.
[173] Logiciel de gestion de Pharmagest Interactive

Tableau n°78



Comparatif évolution C.A pharmacie V pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Comme le montre le tableau ci-dessus, la progression de notre chiffre d'affaires est continue et régulière de 2006 à 2009, alors que la progression du chiffre d'affaires de la pharmacie V s'arrête en 2007. Pour la pharmacie V le chiffre d'affaires décroit régulièrement en 2008 et 2009. Ceci est la conséquence d'un agencement commercial, qui s'il dope rapidement un chiffre d'affaires, induit aussi une stagnation et même une régression difficilement enrayable, si la démarche qualité n'est pas maitrisée.

3. Comparaison des agencements

Contrairement à notre officine, la pharmacie V a pris le parti de réaliser un agencement classique, reposant sur une stratégie de développement commerciale. Codes couleurs, augmentation des linéaires de présentation, oblitération d'une vitrine pour augmenter cette présentation et par conséquence augmentation importante des référencements.

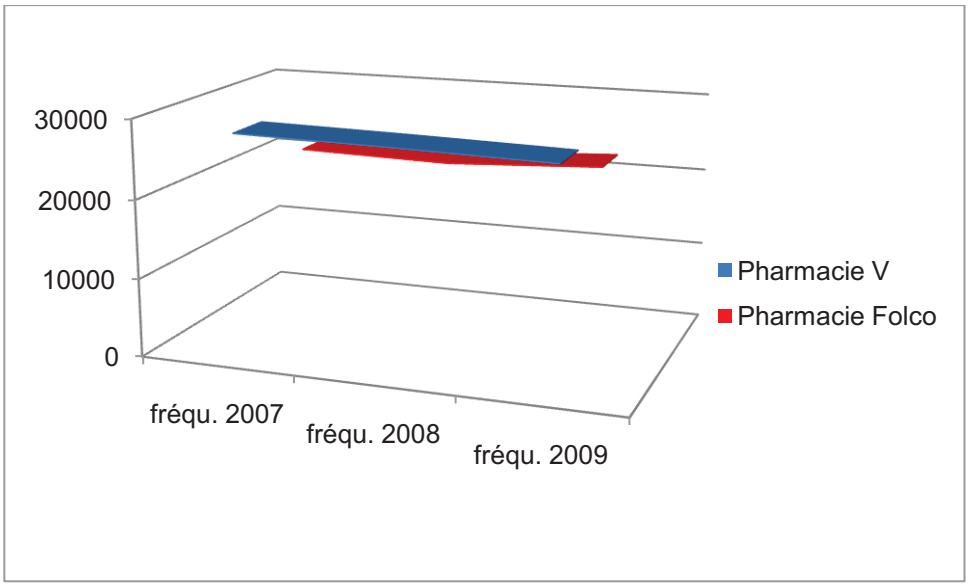
Conformément aux préconisations de la quasi-totalité des intervenants de la profession, une politique de prix plus agressive a été mise en place.

Comme après toutes transformations, une augmentation de fréquentation et une augmentation de chiffre d'affaires sont intervenues dans les 2 officines. Mais, si dans notre cas la maîtrise de la démarche a permis une maîtrise de la progression, ce n'est pas le cas pour la pharmacie V où le titulaire s'est laissé emporter par la logique commerciale.

4. Comparaison des fréquentations

Si la progression de la fréquentation est importante la première année dans les 2 cas, le niveau de fréquentation stagne aussi dans les 2 cas par la suite, du fait que nous sommes en présence de pharmacies de quartiers disposant d'un chaland constant et réduit du fait de la répartition géographique.

Tableau n°79



Comparatif fréquentation pharmacie V pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

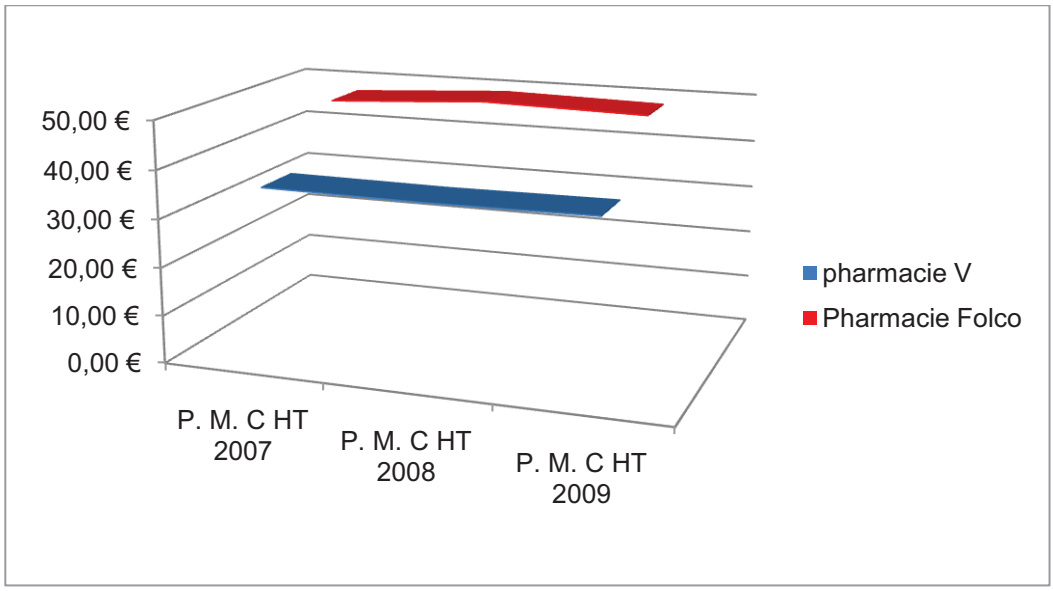
La fréquentation de la pharmacie V stagne de 2007 à 2009 mais est supérieure à celle de notre officine[174]. La fréquentation de notre officine ré-augmente en 2009, après une stagnation de quelques années.

Avec une stagnation de la fréquentation pour les 2 officines, le chiffre d'affaires de la pharmacie V régresse alors que celui de notre officine progresse.

[174] Environ 27 000 clients pour la pharmacie V contre moins de 24 000 pour mon officine

5. Comparaison des paniers moyens

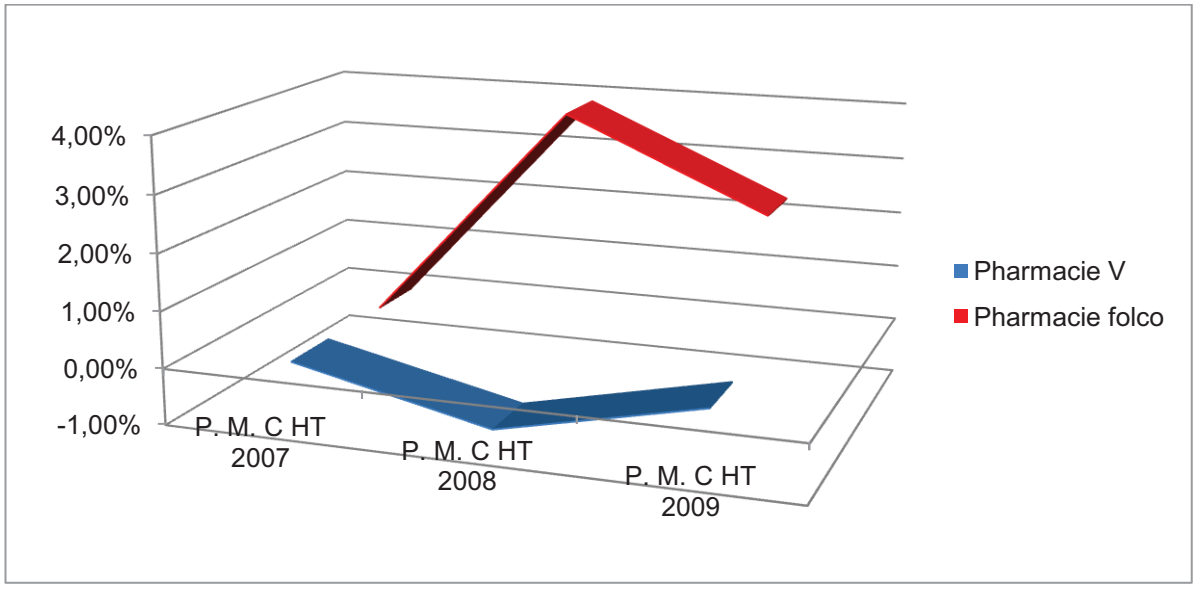
Tableau n°80



Comparatif PMC pharmacie V pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Les **P**aniers **M**oyens **C**lients des 2 officines varient très peu sur les années 2007, 2008 et 2009, mais alors que le **P**anier **M**oyen **C**lient H.T de notre officine approche les 50 €, celui de la pharmacie V se situe autour des 35 €.

Tableau n°81



Comparatif PMC pharmacie V pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Le **P**anier **M**oyen **C**lient HT de la pharmacie V baisse de 0,80% entre 2007 et 2008 en passant de 35,64 € à 35,36 € pour revenir à 35,63 € HT en 2009. Dans le même temps le **P**anier **M**oyen **C**lient HT de notre officine est passé de 47,47 € HT en 2007 à 48,58 € HT en 2009, avec un pic de 49,32 € HT en 2008. La baisse du Panier Moyen Client en 2009 est due à l'augmentation de trafic constatée en 2009.

L'étude du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance de la pharmacie V sur ces 3 années montre qu'il est en constante diminution passant de 43,39 € en 2007 à 41,61 € en 2009, alors que le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance des pharmacies comparables est en constante progression[175]. Pour 2009, alors que le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance des pharmacies comparables à la pharmacie V progresse de 1,50%, celui de la pharmacie V baisse de 1,56% et celui de mon officine progresse de plus de 2%.

Le **P**anier **M**oyen **V**ente hors ordonnance de la pharmacie V ne varie pratiquement pas entre 2007 et 2009, se situant nettement en dessous de 9 € alors que dans le même temps, le **P**anier **M**oyen **V**ente hors ordonnance des pharmacies comparables dépasse depuis 2007 les 11 € pour dépasser les 12,00 € en 2009. Pour la pharmacie V le Panier Moyen Vente hors ordonnance passe de 8,60 € en 2007 à 8,70 € en 2009 en passant par un montant de 8,43 € en 2008.

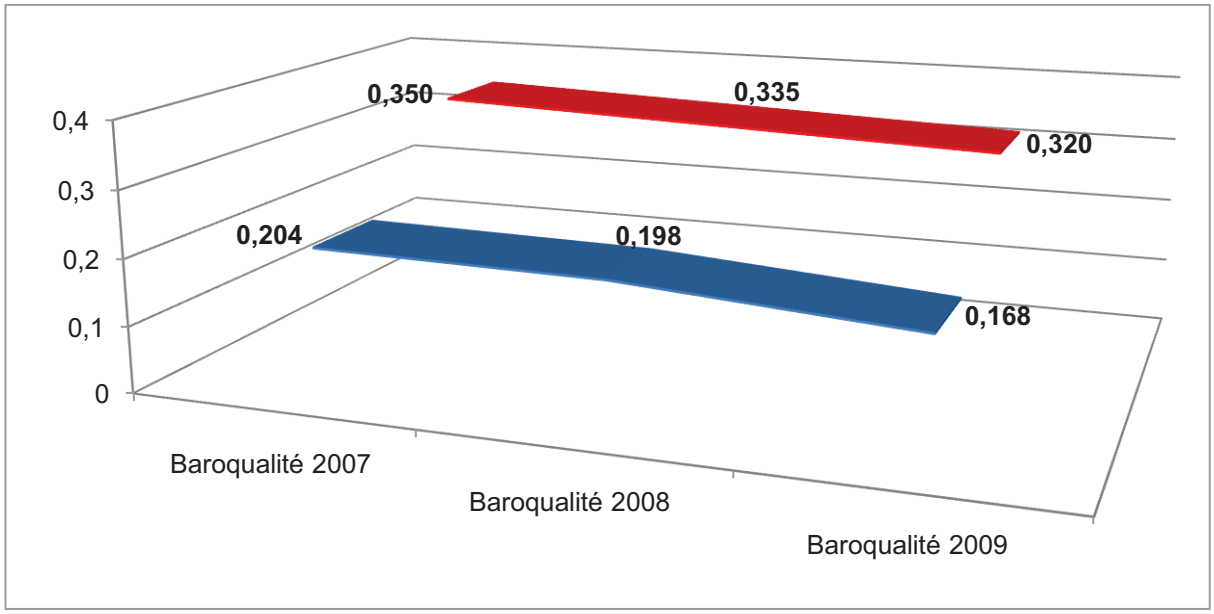
L'écart, de plus de 30% en faveur des pharmacies comparables à la pharmacie V, s'explique essentiellement par la politique de prix pratiquée par la pharmacie V.

La stagnation du **P**anier **M**oyen **C**lients de la pharmacie V, alors que son **P**anier **M**oyen **O**rdonnance baisse et que son **P**anier **M**oyen **V**ente hors ordonnance n'évolue pas, montre par contre que c'est grâce à la démarche qualité que le **P**anier **M**oyen **C**lient maintient son niveau.

[175] Selon les statistiques Santestat

6. Comparaison de l'indice de suivi de qualité

Tableau n°82



Comparatif BaroQualité pharmacie V pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

Le BaroQualité de la pharmacie V s'améliore de 2007 à 2009 en passant de 0,350 à 0,320 ce qui situe le modèle économique de la pharmacie V à la limite du modèle libéral et du modèle libéral commercial. A titre comparatif le BaroQualité de notre officine passe dans le même de 0,204 à 0,168.

C'est l'augmentation du taux des ventes associées à l'ordonnance qui maintient la productivité de l'officine V. Comme pour notre officine ce taux de ventes a baissé après travaux, puis ré-augmenté régulièrement pour revenir, à minimum, au taux initial d'avant travaux.

7. Analyse

Si on analyse l'évolution du chiffre d'affaires de la pharmacie V après travaux, on se rend compte qu'après une progression due à l'augmentation de fréquentation, consécutive aux transformations, le chiffre d'affaires régresse régulièrement avec la baisse de fréquentation. Pour notre officine la progression de chiffre d'affaires est continue malgré cette même baisse de fréquentation.

Avec un environnement géomarketing comparable, avec un chiffre d'affaire de départ comparable, avec des transformations réalisées à la même époque[176], la progression des chiffres d'affaires n'est comparable que sur les premières années. Pour la pharmacie V la progression s'arrête et le chiffre d'affaires régresse alors que pour les pharmacies

[176] Pour la pharmacie V les transformations ont été réalisées lors de la prise de possession du titulaire, accentuant ainsi les conséquences de la stratégie commerciale.

comparables dans le panel Santestat la progression, même minime, n'est jamais interrompue. Sur l'année 2009 la perte de chiffre d'affaires est de 1,56% pour la pharmacie V, alors que la cible Santestat[177] progresse de 2% et le chiffre d'affaires de notre officine progresse, lui, de prés de 7%.

En comparant les **P**aniers **M**oyens **O**rdonnances, on se rend compte que celui de la pharmacie V baisse régulièrement alors que les **P**aniers **M**oyens **O**rdonnances de la pharmacie cible Santestat et de notre pharmacie progressent dans le même temps. Cette progression régulière des **P**aniers **M**oyens **O**rdonnances se retrouve aussi en consultant les statistiques IMS Pharmastat[178].

La baisse de chiffre d'affaires de la pharmacie V est due essentiellement à la baisse de son **P**anier **M**oyen **O**rdonnance, ce qui correspond à un rajeunissement de sa clientèle. En suivant les recommandations le plus souvent données par les spécialistes de la pharmacie, les transformations de la pharmacie V ont atteint le but recherché : attirer une clientèle plus jeune. La nouvelle image donnée par l'officine a permis dans un premier temps d'augmenter le trafic de la pharmacie, mais aussi de diminuer la productivité avec la baisse des paniers moyens.

Le chaland d'une pharmacie de quartier ne permet pas d'augmentation de trafic sur plusieurs années, lorsque le palier de cette fréquentation est atteint, c'est la productivité de l'officine qui permet de consolider l'économie officinale.

Dans le cas de la pharmacie V les transformations ont été accompagnées par une politique de prix concurrentielle, ce qui a aboutit à un **P**anier **M**oyen **V**ente hors ordonnance trop faible[179] pour pouvoir compenser la perte de valeur ajoutée consécutive à la baisse du panier moyen ordonnance.

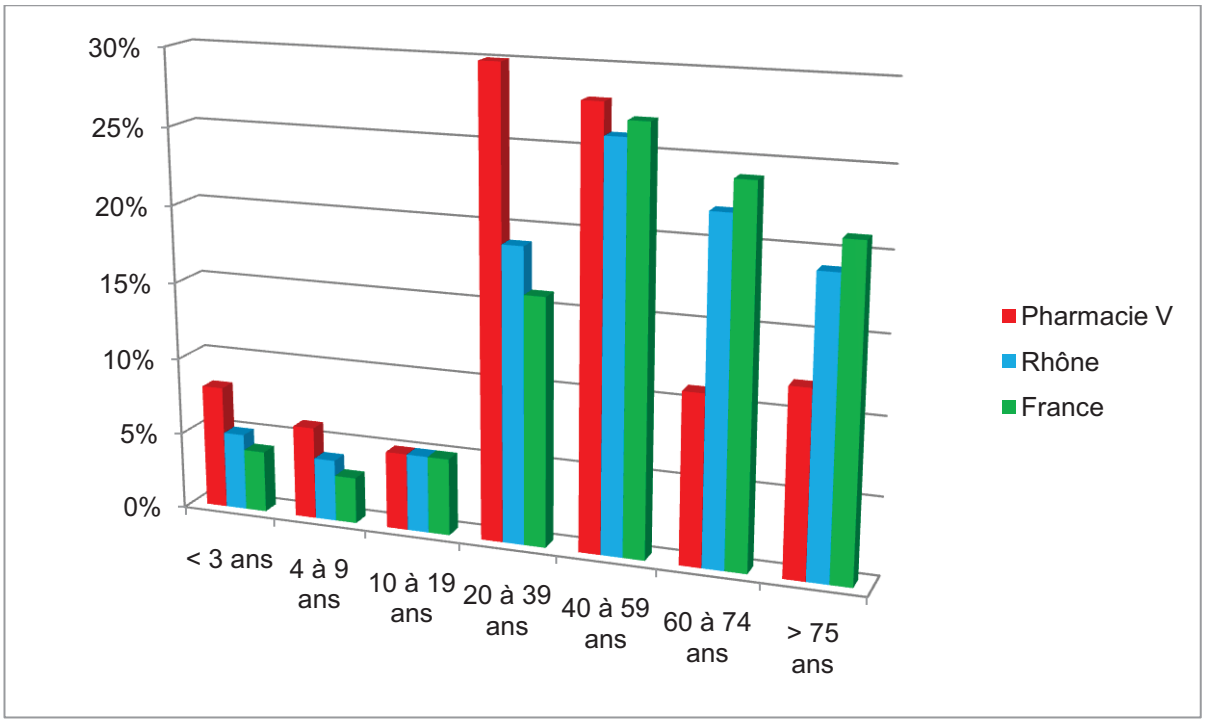
Le palier de fréquentation pour la pharmacie V a été atteint vers 2007. Le palier de chiffre d'affaires a été atteint la même année. La fréquentation n'évoluant plus, le chiffre d'affaires a commencé à régresser du fait de la baisse régulière du panier moyen ordonnance, cette régression étant ralentie grâce à l'amélioration de la démarche qualité qui a permis de conserver le niveau du panier moyen client.

La faiblesse du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance[180] de la pharmacie V montre que le nombre d'ordonnances ALD[181] est anormalement faible parmi les clients. Le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance ALD étant plus de 3 fois supérieur au panier moyen des autres ordonnances[182], c'est le niveau de leur pourcentage dans le nombre total des ordonnances qui va conditionner le niveau du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance de l'officine. 70% des affections ALD se retrouvent dans la population des plus de 60 ans[183], ce qui fait qu'une politique commerciale visant à rajeunir la clientèle, associée à des transformations, comme dans le

[177] Pharmacie comparable
[178] Panel reposant sur l'analyse statistique des ventes de plus de 13 500 officines
[179] Près de – 50% par rapport au Panier Moyen Vente hors ordonnance national
[180] Le Panier Moyen Ordonnance de la pharmacie V est inférieur d'environ 15% au Panier Moyen Ordonnance France selon les statistiques IMS
[181] Affection Longue Durée
[182] Actuellement environ 100 € pour une ordonnance ALD contre environ 30 € pour les autres ordonnances
[183] Selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie avis d'avril 2010

cas de la pharmacie V, aboutit mécaniquement à une diminution du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance avec la baisse du taux des ordonnances ALD.

Tableau n°83



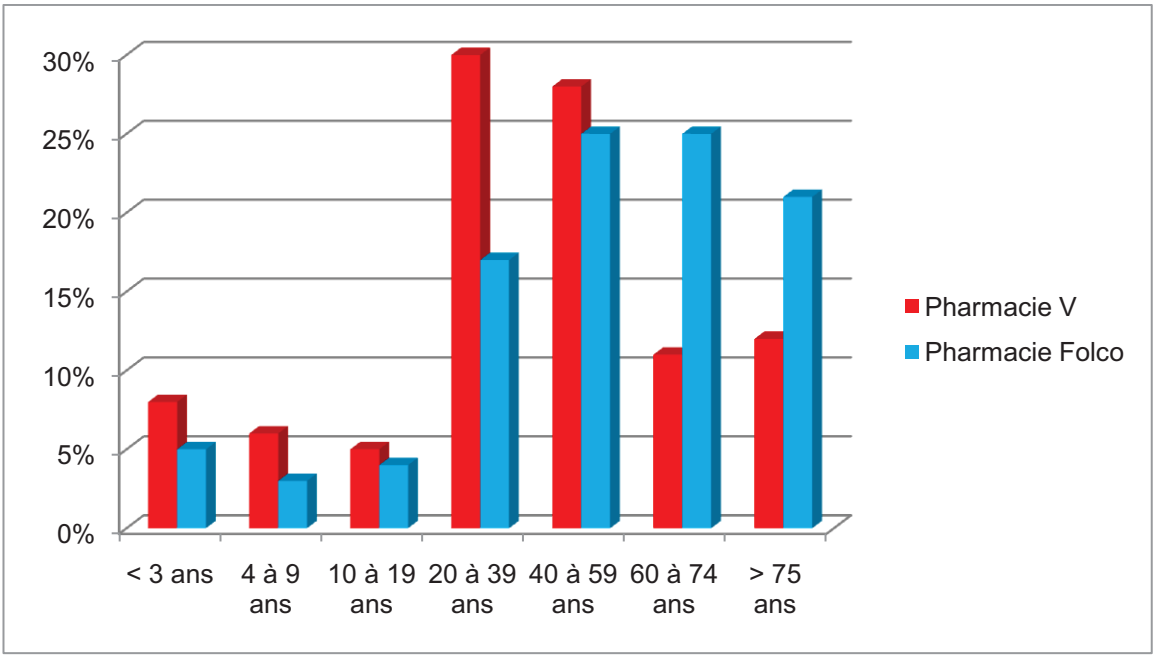
Comparatif répartition ordonnances pharmacie V, Rhône, France (J.P Folco 2010)

Les statistiques IMS Pharmastat de la pharmacie V donnent la répartition des ordonnances par tranche d'âge patient de la pharmacie, en faisant la comparaison avec la répartition du département et de la France. Le tableau ci-dessus montre que la répartition des ordonnances pour la pharmacie V[184] se concentre sur les tranches d'âges inférieurs à 60 ans. Ainsi prés de 60% des ordonnances se répartissent sur les tranches d'âges de 20 à 59 ans.

Cette répartition est atypique par rapport à la répartition département[185] et France[186], et est la conséquence de la stratégie commerciale développée par le titulaire de la pharmacie V.

[184] Colonnes rouges
[185] Colonnes bleues
[186] Colonnes vertes

Tableau n°84



Comparatif répartition ordonnances pharmacie V pharmacie Folco (J.P Folco 2010)

En comparant la répartition des ordonnances par tranche d'âge de la pharmacie V et celle de notre officine, on se rend compte de l'influence des stratégies de développement ou du mode d'exercice sur cette répartition. Les répartitions par tranches d'âge sont à l'opposé, comme le montre le tableau ci-dessus.

Dans le cadre d'un mode d'exercice libéral, le développement s'appuie sur les compétences de l'équipe officinale et la qualité de service. En limitant l'attractivité commerciale du lieu d'exercice, la notoriété s'établit uniquement sur la qualité de dispensation de l'ordonnance. En veillant à posséder un stock suffisamment élevé en produits remboursables pour éviter les ruptures et fournir ainsi complètement la majorité des ordonnances, on renforce la fidélisation des patients et la répartition des ordonnances par tranches d'âge est très proche de la répartition France. Les variations des taux de répartition sont relativement faibles et le renforcement du mode d'exercice libéral aboutit à une augmentation des taux des patients de plus de 60 ans, comme dans le cas de notre officine.

Dans le cadre d'une stratégie de développement commerciale, c'est l'attractivité commerciale du lieu d'exercice qui prime. En transformant son officine dés la reprise du fond et en appliquant des techniques commerciales, le titulaire de la pharmacie V a repris les principes préconisés par tous les intervenants économiques de la profession. Si l'augmentation de trafic a permis, dans un premier temps, de compenser la perte de productivité due au rajeunissement de la clientèle et à la baisse du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance qui s'en est suivie, cette augmentation a aussi modifié l'équilibre habituel de la répartition des ordonnances par tranches d'âge d'une officine de quartier.

En ne ciblant qu'une clientèle jeune, la stratégie de la pharmacie V a abouti à posséder, dans sa fréquentation, près de 60% de patients ayant un âge situé entre 20 et 59 ans alors

que la moyenne nationale est en dessous de 45%[187]. Le taux des plus de 60 ans est inférieur à 25% alors que la moyenne nationale se situe autour de 45%[188].

Lorsque le palier de fréquentation est atteint, le niveau du panier moyen ordonnance est déterminant pour l'avenir économique de l'officine. Si le niveau du panier est trop faible, comme dans le cas de la pharmacie V, il continu à baisser régulièrement surtout si la stratégie de développement continue à être commerciale. Cette baisse est due au faible pourcentage d'ordonnances ALD, à cause de la faible proportion de la tranche d'âge des plus de 60 ans. Le panier moyen ordonnance ALD est le seul panier à progresser du fait du glissement naturel des traitements chroniques vers des produits récents, plus chers. Les stratégies commerciales, en limitant le nombre d'ordonnances ALD, privent les économies des officines suivant ces stratégies de l'évolution positive du panier moyen ordonnance.

Les concepts marchands, en ciblant le développement économique sur un rajeunissement de la clientèle, font que la progression du chiffre d'affaires ordonnance repose sur une clientèle jeune porteuse de prescriptions à faible pourcentage d'ALD. Le ciblage et la volonté de privilégier la vente de produits hors ordonnances, communs à tous les concepts marchands, provoquent naturellement une diminution de la qualité de prise en charge du malade chronique, d'où une perte minime mais régulière de malades âgés.

L'agressivité commerciale accentue ce phénomène, comme dans le cas de la pharmacie V.

L'étude des bilans de la pharmacie V, montre que la baisse du chiffre d'affaires s'accompagne d'une baisse concomitante de la valeur du stock, ce qui signifie, entre autre, qu'il n'existe pas de stockage des produits chers et que le développement s'appuie sur la dispensation de produits à faible valeur ajoutée.

Pour l'année 2009, la pharmacie V a adhéré à une enseigne[189] pour bénéficier de l'expertise et des conseils d'une structure revendiquant des résultats économiques probants. La pharmacie V se développant déjà depuis plusieurs années avec une stratégie commerciale, l'apport de l'enseigne s'est révélée négative, puisque sur l'année 2009 la perte de valeur de la marge brute bilan atteint 4 000 €.

La pharmacie V ayant atteint son palier de fréquentation, l'enseigne, dont le coût annuel dépasse les 3 800 €, n'a pas atteint les objectifs abondamment décrits dans les publicités. Par exemple : pas d'augmentation de trafic, la fréquentation a continuée de baisser en 2009. Pas d'augmentation du panier moyen vente, le panier moyen vente a continué de baisser en 2009. Pas d'augmentation de chiffre d'affaires, le chiffre d'affaires a continué de baisser en 2009.

Seul le taux de marge bilan a augmenté passant de 26,91% à 27,20%, mais ce taux de marge bilan avait déjà augmenté en 2008, avant le passage à l'enseigne. L'analyse du taux de marge moyen des produits 2,10% montre qu'il augmente ce qui est la conséquence du fait que le panier moyen ordonnance baisse. Ceci confirme, entre autre, la baisse des volumes de dispensation des médicaments chers. Les produits à TVA 2,10% représentant

[187] Selon le panel IMS Pharmastat, 47% pour le département selon la même source
[188] Selon le panel IMS Pharmastat, 41% pour le département selon la même source
[189] Groupe PHR

83% du chiffre d'affaires, c'est l'augmentation de leur taux de marge moyen[190] qui fait augmenter le taux de marge bilan.

Les statistiques Santestat de la pharmacie V pour les 6 premiers mois 2010 montrent que l'adhésion à l'enseigne n'a pas enrayé la baisse de chiffre d'affaires. Pour les 6 premiers mois le chiffre d'affaires baisse de 1,60% alors que la pharmacie cible Santestat[191] voit son chiffre d'affaires augmenter de plus de 1%, ce qui confirme que l'apport de l'enseigne n'a rien changé à l'évolution négative de la pharmacie V.

L'étude du bulletin mensuel de juin 2010 de Santestat révèle que l'évolution économique de la pharmacie V est à l'inverse de l'évolution économique des pharmacies de même type[192]. L'application d'une stratégie commerciale durant plusieurs années sur la clientèle captive d'une pharmacie de quartier aboutit à modifier l'équilibre générationnel de la clientèle. La répartition des ordonnances par tranches d'âge des patients est alors plus proche de celle d'une pharmacie possédant un modèle commercial[193] que de celle d'une pharmacie de quartier.

En tablant sur l'attractivité commerciale de l'offre produit pour capter une clientèle supplémentaire et plus jeune, la pharmacie V a déséquilibré la pyramide des âges de sa clientèle tout en conservant le fonctionnement d'une pharmacie de quartier. Si avant la mise en place de la MDL, cette stratégie était payante grâce à la marge linéaire, l'évolution économique induite par la dégressivité de la nouvelle marge n'a plus permis aux pharmacies de quartier suivant cette stratégie d'assurer une rentabilité suffisante pour financer leur qualité de service.

Dans le cas de la pharmacie V, cette stratégie a sélectionné une clientèle de plus en plus jeune. Le taux de 30% pour la tranche d'âge 20 à 39 ans dans la répartition des ordonnances[194], soit près du double du taux national, montre que ce ne peut être que le résultat d'un choix stratégique du titulaire et montre aussi sa volonté de limiter la dispensation de produits chers à faible taux de marge en ne les stockant pas, d'où la faiblesse des taux pour les tranches d'âges supérieures à 60 ans[195].

La qualité de la démarche associée à la typologie de l'officine font que malgré tout 90% du chiffre d'affaires de la pharmacie V est réalisé avec les ordonnances[196], et la comparaison avec le taux de la pharmacie cible Santestat montre que celui de la pharmacie V lui est supérieur[197].

Cette qualité de démarche fait aussi que sur les 6 premiers mois 2010 le nombre d'ordonnances de la pharmacie V progresse de 1,10% alors qu'il régresse de 1,30% pour la pharmacie cible Santestat.

[190] Après remise le taux passe de 23,99% à 24,43%
[191] Pharmacie comparable à la pharmacie V
[192] Pharmacie cible
[193] Modèle développé précédemment
[194] Statistiques IMS Pharmastat de la pharmacie V, voir tableaux n°82 et 83
[195] 23% pour les plus de 60 ans contre 45% pour la France selon les statistiques IMS Pharmastat
[196] Synthèse d'activité LGPI et statistiques Santestat pour les 6 premiers mois 2010
[197] 90% pour la pharmacie V contre 87,70% pour la pharmacie cible Santestat

Par contre, le rajeunissement régulier de la clientèle de la pharmacie V fait que le chiffre d'affaires ordonnance régresse de 1,20% à cause de la baisse de 2,30% du panier moyen ordonnance. Pour la pharmacie cible Santestat et pour la même période c'est l'inverse, le nombre d'ordonnance baisse de 1,30% et le chiffre d'affaires augmente de 1% grâce à l'augmentation de 2,30% du panier moyen ordonnance.

Sur les 6 premiers mois de l'année 2009, le panier moyen ordonnance de la pharmacie cible Santestat avait progressé de 2,40% et celui de la pharmacie V avait régressé de 1,10%, ce qui démontre que l'écart entre les paniers moyens ordonnance des pharmacies comparables et de la pharmacie V augmente.

Avec une répartition par tranche d'âge proche de la pharmacie cible, le chiffre d'affaires ordonnance de la pharmacie V serait supérieur de plus de 17% à celui effectivement réalisé, le gain en valeur de marge atteindrait prés de 15 000 € sur 6 mois. Ceci montre clairement l'importance de la stratégie de développement dans les résultats économiques de l'officine et que la mécanique économique de l'officine ne pardonne pas qu'on la méconnaisse.

8. Conclusions

La pharmacie V a malgré tout une économie encore solide, elle n'a pas de problème de trésorerie, elle dégage un bénéfice lui permettant de faire face à ses impôts et aux mensualités de remboursements du prêt d'installation et des travaux[198], le titulaire se rémunérant 25 000 € par an.

La pharmacie V doit son équilibre financier à sa situation de pharmacie de quartier ce qui lui permet de limiter les effets négatifs de sa politique commerciale. La limitation du chaland fait que c'est le ciblage de la clientèle qui est modifié, et, qui permet de limiter la dégradation économique due à la baisse de productivité.

Malgré tout la baisse régulière de la valeur de la marge brute bilan, et donc de l'EBE[199], va provoquer à court terme des difficultés économiques, si le titulaire ne trouve pas les solutions pour augmenter son panier moyen client. En l'occurrence la baisse de chiffre d'affaires est un élément déterminant pour la vente de l'officine. Actuellement le prix offert pour le rachat est inférieur au prix d'achat d'il y a 7 ans[200] alors que le chiffre d'affaires actuel est supérieur au chiffre d'affaires d'il y a 7 ans. Même avec un prix d'achat intéressant, l'économie de cette officine ne s'améliorera que s'il y a une modification dans la stratégie de développement, toute continuation où même un renforcement de la politique commerciale actuelle n'aboutirait qu'à une accélération de la dégradation économique.

A titre d'exemple et par comparaison, il nous été communiqué la synthèse d'activité LGPI 2009[201] d'une pharmacie rurale rencontrant des difficultés économiques. Le titulaire de cette officine a voulu bénéficier de l'apport de chaland d'une surface commerciale ouvrant à coté

[198] 75 000 € annuels
[199] Excédent Brut d'Exploitation
[200] Actuellement une offre de 735 000 € est faite, la pharmacie ayant été acheté 770 000 €
[201] Même logiciel que la pharmacie V

de son officine en 2007. En mettant en place une politique commerciale agressive du même type que la pharmacie V, sa fréquentation a augmenté très rapidement passant de 21 000 clients annuels à près de 26 000[202].

En termes de chiffre d'affaires l'augmentation n'a été que de 2% environ, en 2 ans. La politique commerciale mise en place a eu un effet désastreux sur les différents indicateurs. Baisse très rapide du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance, - 20% en 2 ans le panier moyen passant de plus de 60 € à un peu plus de 50 €[203]. Explosion des ventes hors ordonnances qui représentent en 2009 45% du total des ventes alors que la moyenne nationale se situe entre 40 et 41% et que celle de ce type de pharmacie est d'environ 37%.

Au lieu de représenter environ 90% de son chiffre d'affaires, les ordonnances n'en représentent plus que 85%[204]. L'augmentation de trafic souhaité par le titulaire s'est soldée par une augmentation des ventes simples et 36% de sa fréquentation lui apporte seulement 10% de son chiffre d'affaires. L'indice de suivi de qualité est de 0,461, très proche de l'indice national[205] et montrant le caractère très commercial de la stratégie de développement du titulaire.

Pour conserver une qualité de service l'embauche d'un temps complet a été nécessaire, ce qui a augmenté les difficultés économiques engendrées par la baisse de productivité due à la baisse importante du panier moyen client.

Actuellement cette officine rurale ne peut être livrée que contre le règlement immédiat par chèque certifié de la livraison, pour tous les fournisseurs. Cette situation précède souvent une cessation de paiement et un dépôt de bilan.

La typologie d'une pharmacie de quartier comme la pharmacie V, est très proche de celle d'une pharmacie rurale. Si les effets économiques d'une même politique commerciale n'est pas la même pour la pharmacie rurale, c'est que dans son cas le chaland a été augmenté d'une façon conséquente et artificielle par l'apport d'une surface commerciale créée à proximité.

La pharmacie V subit une dégradation identique à celle de la pharmacie rurale, mais beaucoup plus lentement. Pour la pharmacie rurale la sanction économique a été quasi immédiate puisque son augmentation de trafic a été trop rapide et n'a pas pu être maitrisée.

L'aboutissement économique de la stratégie commerciale pour la pharmacie V sera identique à moyen terme, si rien ne change lors du changement de titulaire. Le fait que la pharmacie V ait atteint son palier de fréquentation la préserve de subir les mêmes difficultés que la pharmacie rurale, à court termes tout au moins.

Les conséquences économiques de l'application d'une stratégie commerciale pour une pharmacie de quartier sont une lente dégradation économique, dégradation généralement attribué à la baisse du taux de marge du médicament remboursable.

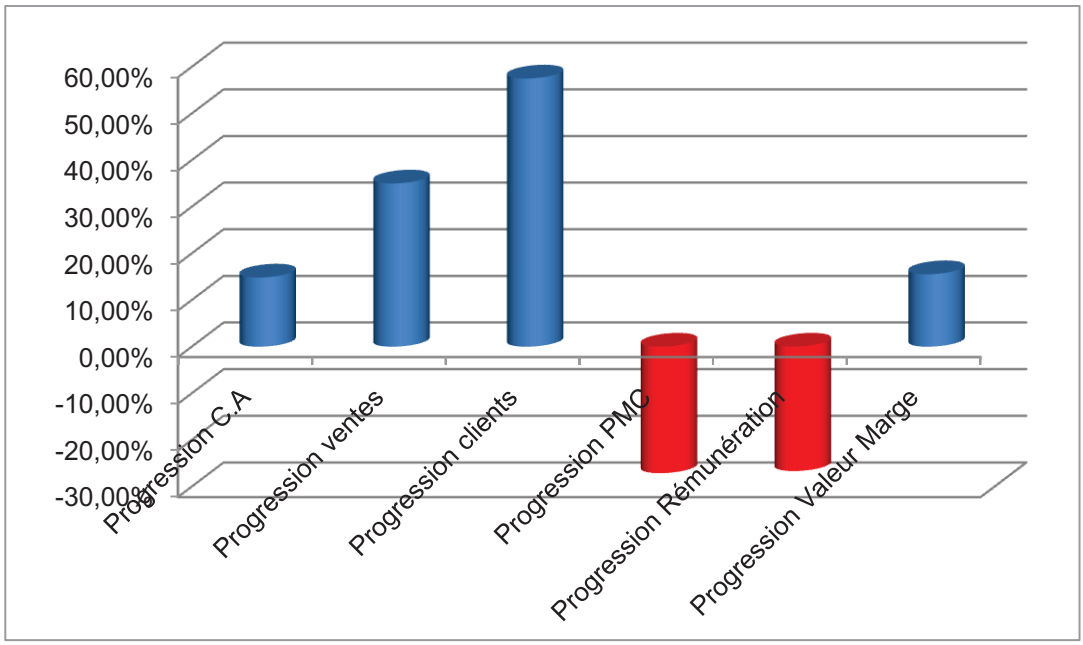
---

[202] + 25% en 2 ans
[203] Le panier moyen de ce type d'officine est actuellement de 62 € selon Santestat et IMS Pharmastat
[204] Bien que le pourcentage des ordonnances dans les ventes soit plus faible que la moyenne nationale,
[205] Pour mémoire, celui de la pharmacie V se situe à 0,320

La méconnaissance, par le titulaire, de la mécanique économique officinale et du modèle économique issu de son mode d'exercice serait une explication plus plausible pour comprendre le pourquoi d'une telle dégradation.

Le fait d'axer son développement sur une clientèle plus jeune, entraine une baisse mécanique du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance. Cette baisse de panier moyen est compensée en chiffre d'affaires par l'augmentation du nombre d'ordonnance qui découle de l'augmentation de fréquentation.

Tableau n°85



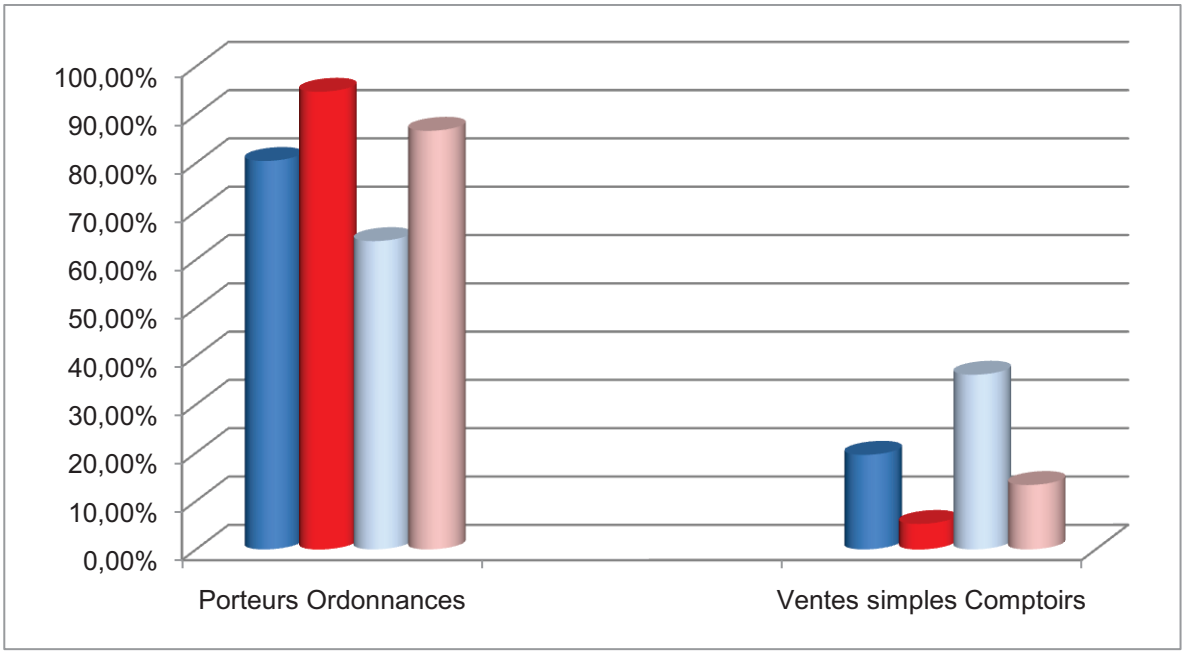
Evolution indicateurs avec stratégie commerciale (J.P Folco 2010)

Le tableau ci-dessus montre que l'augmentation du taux du nombre de clients est supérieure à celle du taux d'augmentation du nombre de ventes. Par contre il y a une baisse du **P**anier **M**oyen **C**lient importante – 27,10% et de la rémunération – 26,64%, alors qu'il y a une augmentation de la valeur de la marge brute.

Ce tableau montre que le choix d'une stratégie reposant sur image commerciale, comme le préconise la totalité des intervenants de la profession, amène une augmentation de chiffre d'affaires et une augmentation de la valeur de la marge. Par contre cette augmentation est obtenue par une augmentation de trafic qui montre une progression du nombre de clients plus important que le nombre de ventes, ce qui démontre une modification du rapport ordonnance/ventes avec une diminution du taux de ventes associées.

Cette augmentation de trafic non maitrisé aboutit à une diminution importante du **P**anier **M**oyen **C**lient et par voie de conséquence une diminution de la rémunération.

Tableau n°86



Comparatif fréquentation chiffre d'affaires (J.P Folco 2010)

Les concepts marchands donnent des résultats immédiats sur la progression du chiffre d'affaires, mais modifient l'équilibre économique de l'officine avec le fonctionnement de la mécanique.

Dans le tableau ci-dessus les colonnes bleues représentent les fréquentations des clients avant[206] et après la mise en place d'un concept marchand[207]. Avant, 80% des clients étaient porteurs d'ordonnances et 20% ne réalisaient que des achats simples. Les objectifs du concept étant d'augmenter les ventes, le développement du chiffre d'affaires s'accompagnent logiquement d'une progression importante des ventes simples. L'équilibre de départ est modifié et les porteurs d'ordonnance ne représentent plus que 64% des clients contre 36% qui ne font que des achats simples.

Les colonnes rouges représentent les chiffres d'affaires réalisées par les porteurs d'ordonnances et les clients réalisant des achats simples avant[208] et après la mise en place du concept marchand[209]. Les porteurs d'ordonnances qui réalisaient prés de 95% du chiffre d'affaires ne réalisent plus qu'un peu moins de 87% avec l'application du concept marchand. L'augmentation du nombre de clients réalisant des achats simples fait que leur part de chiffre d'affaires passe de 5,26% à plus de 13% (13,33%).

Le nouvel équilibre créé par le concept fait qu'un nombre de plus en plus important de clients réalise des achats à faible valeur ajoutée, provoquant ainsi la baisse du **P**anier **M**oyen **C**lient de l'officine et par voie de conséquence une baisse de la valeur ajoutée. La cible des concepts marchands étant une clientèle plus jeune, cela entraine une baisse du **P**anier

[206] Colonnes bleues foncées
[207] Colonnes bleues claires
[208] Colonnes rouges
[209] Colonnes roses

Moyen **O**rdonnance de l'officine, ce qui diminue la valeur ajoutée apportée par les prescriptions.

Le principe des concepts marchands appliqué à une démarche libérale oblige au maintien d'une qualité de service. Une augmentation de fréquentation importante entraine obligatoirement une augmentation des coûts salariaux pour éviter une baisse de la qualité. La baisse de la valeur ajoutée apportée par les clients va donc entrainer une diminution de l'EBE. La baisse de plus de 26% de la valeur ajoutée dans l'exemple choisi fait passer la valeur ajoutée apportée par les clients de 11,47 € à 8,41 €, soit une baisse de valeur de 3 € par client.

Les concepts marchands ont donc fait évoluer le modèle libéral vers un modèle libéral commercial qui est devenu le modèle économique officinal.

D. Le modèle libéral-commercial : modèle économique officinal

La mécanique économique, décrite précédemment dans la partie résultats, montre que l'augmentation de l'offre produit associée à une image et une stratégie commerciale perturbe l'exercice libéral du pharmacien et l'économie officinale : c'est le problème récurent du modèle libéral commercial qui est le modèle économique officinal puisqu'il est le plus suivi par la profession.

Sous la pression des spécialistes en distribution, le consommateur est devenu la cible principale du pharmacien désireux de développer son chiffre d'affaires. L'étude des tableaux statistiques IMS Pharmastat permet de comprendre l'ambigüité qui guide les analyses économiques de la profession.

Tableau n°87

I : Votre Pharmacie
A - Récapitulatif Général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	2 226	1 484	66,67%	742	33,33%
Nombre de Lignes	6 318	5 218	82,59%	1 100	17,41%
Nombre d'unités	9 511	8 291	87,17%	1 220	12,83%
Chiffre d'Affaires TTC €	95 174 €	87 983 €	92,44%	7 190 €	7,56%

Source IMS Pharmastat janvier 2010

Tableau n°88

II : Le département (sur base des données reçues des pharmacies du département)
A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 765	2 227	59,16%	1 538	40,84%
Nombre de Lignes	8 560	5 938	69,37%	2 621	30,63%
Nombre d'unités	12 147	9 122	75,10%	3 025	24,90%
Chiffre d'Affaires TTC €	116 595 €	97 442 €	83,57%	19 153 €	16,43%

Source IMS Pharmastat janvier 2010

Tableau n°89

III : La France (sur base des données reçues des pharmacies du panel)

A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 634	2 144	58,99%	1 490	41,01%
Nombre de Lignes	8 737	6 288	71,96%	2 450	28,04%
Nombre d'unités	12 625	9 789	77,54%	2 836	22,46%
Chiffre d'Affaires TTC €	124 077 €	104 782 €	84,45%	19 296 €	15,55%

Source IMS Pharmastat janvier 2010

Le tableau n°86 est composé de 3 parties reprenant les mêmes indicateurs.

- Le tableau I correspond à notre officine
- Le tableau II correspond à la moyenne des officines du département[210]
- Le tableau III correspond au panel France[211]

Avec un rapport ordonnances/ventes comptoir de 67/33 notre officine suit un modèle libéral. Avec un rapport ordonnances/ventes comptoir 59/41 identique pour le département et la France, les officines du département et de la France suivent un modèle libéral commercial. Le fait que ce rapport soit identique pour la France et le département alors que la moyenne ne s'appuie pas sur le même nombre d'officines montre l'uniformité de la démarche suivi par les titulaires.

Alors que le nombre des ventes du département est supérieur de + 69% au nombre des ventes de notre officine, que le nombre des ventes de la France est supérieur de + 63% au nombre des ventes de notre officine, le chiffre d'affaires département n'est supérieur que de 22,50% à notre chiffre d'affaires et le chiffre d'affaires France n'est supérieur que de 30% à notre chiffre d'affaires. Cette constatation montre qu'une importante augmentation de trafic basée sur une approche commerciale n'apporte pas nécessairement une augmentation de chiffre d'affaires en rapport avec la progression du nombre de clients et des frais généraux que cela engendre.

Les rapports ordonnances/ventes varient très lentement, mais il faut relever qu'avec l'apparition des enseignes et l'accélération des stratégies commerciales qui s'en est suivie le rapport ordonnance/ventes France est passé de 62/38 en 2004 au rapport actuel de 59/41. La consultation des statistiques Santestat sur la même période montre que la pharmacie cible correspondant à la pharmacie de quartier ou bien rurale a vu son rapport ordonnance/ventes passé de 65/35 à 62/38 de 2007 à 2009 ce qui est significatif de l'extension des démarches commerciales sur tous les types d'officines.

Sur la même période notre rapport ordonnances/ventes est passé de 69/31 en 2007 à 70/30 en 2009 ce qui est la conséquence de notre mode d'exercice libéral[212].

[210] Environ 150 officines
[211] Environ 13 500 officines
[212] Le tableau n°86 est un tableau mensuel, le rapport ordonnance/ventes fluctue mensuellement, les rapports 2007 et 2009 de notre officine sont établis sur une moyenne annuelle. Les rapports mensuels France et départements sont quasiment identiques aux rapports annuels par le simple fait qu'ils sont

Nous avons démontré dans nos résultats qu'il existait une mécanique précise qui déterminait l'évolution économique de l'officine avec la modification des paniers moyens qu'elle engendre. Pour rappel cette mécanique dépend des objectifs de la démarche qualité, de l'image donnée par le lieu d'exercice et de l'environnement proche.

Le tableau n°87 confirme le fonctionnement de cette mécanique sur le niveau des paniers moyens.

Tableau n°90

G - Paniers moyens

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	42,75 €	59,28 €	9,69 €
Département	30,96 €	43,74 €	12,45 €
France	34,14 €	48,87 €	12,94 €

Source IMS Pharmastat janvier 2010

Le contexte environnemental est que selon l'étude géomarketing réalisée pour nos transformations la pyramide des âges de notre zone de proximité est sensiblement identique à la pyramide des âges France. Cette étude montre que la population du département de l'Isère est plus jeune que la population française.

Pour la mécanique économique l'environnement n'aura une influence que sur les paniers moyens du département puisqu'il est différent des environnements de notre officine et de la France.

Par contre la démarche qualité et l'image sont identiques pour le département et la France, c'est donc notre mécanique qui sera influencée par la démarche qualité et l'image donnée par l'espace de vente[213].

Les 3 **PMO** sont très différents, avec un écart dépassant les 35% entre le plus haut et le plus faible.

Avec un environnement identique à celui de la France, notre **PMO** est de 59,28 € contre 48,87 € pour le **PMO** France, soit un écart dépassant les 21%. Cette différence s'explique par le fait que notre démarche a pour objectif principal la satisfaction des malades et que l'image du lieu d'exercice a été mise en accord avec cet objectif. L'image commerciale systématiquement préconisée pour le développement des chiffres d'affaires nuit à la démarche qualité des officines françaises par l'augmentation non contrôlée des trafics qu'elle induit, ce qui provoque un rajeunissement de la clientèle. Ce rajeunissement de la clientèle fait baisser mécaniquement le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance comme nous l'avons constaté avec nos résultats et qui est confirmé par les valeurs indiqués dans le tableau n°87.

L'écart entre le **PMO** département et France est de prés de 12%, alors que la démarche et l'image sont identiques. La population du département étant au départ plus jeune que la

établis à partir d'un nombre important de pharmacie et qu'il n'existe pratiquement aucun écart dans ces rapports que cette moyenne soit établie sur 150 officines ou 13 500 officines.

[213] Lieu d'exercice pour notre officine

population française, les effets de la démarche et de l'image accentue la baisse de la moyenne d'âge de la clientèle fréquentant les officines du département, ce qui provoque une nouvelle baisse du **PMO**.

Les **P**aniers **M**oyens **V**entes comptoir sont quasiment identiques pour la France et le département et plus faible pour notre officine. Ces paniers dépendent du pouvoir d'achat et notre zone de proximité est composée d'une population où le taux de chômage et le taux d'ouvriers sont supérieurs à la moyenne nationale et départementale. Nos ventes comptoirs sont composées de 1,65 produit, alors que les ventes départements sont composées de 1,96 produit et que les ventes comptoir France sont composées de 1,90 produit alors que nous ne fixons aucun objectif de ventes à notre équipe officinale[214].

La faiblesse du montant des **P**aniers **M**oyens **V**entes comptoir par rapport aux **PMO** fait qu'en moyenne 40% du total des ventes représentent environ 15% des chiffres d'affaires moyens France ou département. La démarche qualité que nous avons mise en place avec une image adaptée a limité le pourcentage des ventes comptoirs simples ce qui n'est pas envisageable avec les stratégies de développement adoptées actuellement qui sont justement élaborées pour faire progresser le nombre des ventes hors ordonnances.

Les **P**aniers **M**oyens **V**entes sont aussi différents que les **PMO** avec des écarts encore plus importants, l'écart maximum atteignant 35% entre le **PMV** le plus élevé et le plus faible.

Le **PMV** de notre officine est le plus élevé parce que notre démarche nous permet d'avoir un rapport ordonnance/ventes supérieur aux rapports du département et de la France. Du fait du pourcentage plus important d'ordonnances et de l'effet de la mécanique économique qui augmente le **PMO**, notre **PMV** est de 42,75 € contre 34,14 € pour le **PMV** France et 30,96 € pour le **PMV** du département. Le **PMV** du département est logiquement le plus faible parce que son **PMO** est le plus faible.

Le tableau n°87 montre donc que les stratégies commerciales ont une influence sur la mécanique économique de l'officine en faisant baisser les **PMO** et par voie de conséquence les **PMV**, le développement important des ventes simples comptoir induites par ces stratégies accentuant cette baisse des **PMV**.

IMS Pharmastat et Santestat ne fournissent que les paniers moyens ordonnances, les paniers moyens ventes comptoir et les paniers moyens ventes, aucun ne fournit le **P**anier **M**oyen **C**lient qui est pourtant le reflet de l'efficacité de la démarche qualité suivi par les officines et qui détermine le niveau de rémunération du titulaire. Avec le même **PMV** le **PMC** peut être différent puisqu'il est fonction des objectifs de la démarche qualité. Le **PMC** est ainsi dépendant du nombre des ventes comptoirs associées à la dispensation de l'ordonnance. Selon les objectifs de la démarche le taux des ventes comptoirs associé peut varier de moins de 10% à plus de 30%[215].

Les paniers moyens clients des adhérents de groupement sont connus et nous amènent par extrapolation à estimer que le panier moyen client France se situe entre 35 et 36 €, sachant que cette valeur baisse avec l'augmentation du nombre des ventes simples. A titre comparatif notre **P**anier **M**oyen **C**lient est actuellement très proche de 50 €.

[214] Voir tableau n°86
[215] Voir tableau n°51

Tableau n°91

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	9,44 €	12,66 €	3,01 €
Département	7,18 €	9,32 €	4,08 €
France	7,80 €	10,41 €	4,04 €

Source IMS Pharmastat janvier 2010

Les valeurs en € des marges moyennes sont d'autant plus importantes que les paniers moyens sont élevés.

En ayant le panier moyen le plus faible, les ventes comptoir sont logiquement celles qui apportent la plus faible marge en valeur, contrairement à l'ordonnance qui dans tous les cas apportent au minimum une valeur de marge largement plus de 2 fois supérieur à celle des ventes comptoirs.

Les valeurs en € des marges moyennes de l'ensemble des ventes est systématiquement plus faible que la valeur des marges en € des ordonnances, ce qui démontre qu'une croissance non maitrisée des ventes comptoirs simples fait baisser la valeur moyenne de la marge en € des ventes. Pour lutter contre ce phénomène le titulaire doit adopter une démarche qualité lui permettant de pouvoir associer les ventes comptoirs à la dispensation des ordonnances.

Ethique, déontologie, code de la santé, le pharmacien est un professionnel de santé à part entière qui se doit d'exercer avec l'objectivité qui sied aux professions libérales et sans pression commerciale tout en préservant l'économie de son activité. Unique responsable de sa dispensation médicamenteuse, le conseil du pharmacien peut aboutir à la vente d'un produit, ce qui le différencie très clairement d'un distributeur pour qui le conseil vient en complément de l'achat.

Comme on l'a vu précédemment, le modèle économique suivi par la majorité de la profession s'appuie le plus souvent sur une image commerciale et reprend dans son fonctionnement les grands principes de la distribution. Ceci amène un développement des ventes comptoirs qui devrait normalement apporter un surcroit de valeur de marge. On voit avec le tableau n°88 qu'il n'en est rien, et que le surcroit de ventes comptoir n'amène pas non plus des porteurs d'ordonnances puisque le rapport ordonnances/ventes baisse régulièrement.

La mécanique qui fait fonctionner l'économie officinale a donné naissance au modèle économique actuel, le modèle libéral commercial. Les tableaux n°86, n°87 et n°88 montrent que l'évolution de ce modèle tend à faire baisser la valeur de la marge en € de l'ensemble des ventes. Cette baisse est à l'origine des difficultés économiques actuelles que rencontre la profession. Plus que d'un problème de rémunération, la profession souffre d'un problème de modèle économique inadapté et obsolète depuis la mise en place de la MDL il y a 20 ans.

Si l'on reprend les résultats économiques du modèle libéral que nous suivons depuis 10 ans, nous nous apercevons que la rémunération atteint près de 13 € actuellement et qu'elle ne cesse pas d'augmenter depuis 10 ans. La rémunération du modèle suivi majoritairement par

la profession n'atteint pas en moyenne 10 € et la progression de cette rémunération est contrariée par les ventes simples que le modèle suivi développe.

Dans le débat actuel on voit que les syndicats, les responsables des groupements font porter la responsabilité des difficultés économiques sur le mode de rémunération et que tous réclament une revalorisation urgente cette rémunération. Le rapport RIOLI publié depuis plus d'un an apporte un éclairage très précis sur la vision économique commune que les différents responsables de notre profession ont : la rémunération actuelle n'est plus adaptée au modèle économique suivi par la profession.

E. Difficultés économiques de l'officine : échec d'un modèle ou d'un mode de rémunération ?

Depuis l'ouverture du monopole et l'avènement de la MDL, la profession, principalement sous la pression des groupements, s'est tournée résolument vers le modèle économique libéral commercial. En se tournant vers des conseillers économiques spécialistes de la distribution et du grand commerce, la profession a assuré le développement de son chiffre d'affaires en suivant des méthodes uniquement commerciales.

Le patient est ainsi devenu patient consommateur, les théories développées par les intervenants économiques étant que les augmentations de trafic axées sur les consommateurs entrainaient de fait une augmentation du nombre de prescriptions dispensées. Si ces pratiques peuvent éventuellement fonctionner pour le commerce possédant une marge linéaire[216], pour les pharmaciens qui depuis 20 ans possèdent une marge dégressive, l'augmentation des volumes de ventes n'est plus synonyme d'une augmentation de la rentabilité et de la rémunération comme nous l'avons montré précédemment.

1. Les effets de la MDL sur l'économie officinale

Malgré des recherches poussées, nous n'avons pas pu trouver d'études décrivant les effets économiques de la MDL. Seules les affirmations des responsables syndicaux ou de groupement sur les effets néfastes de cette marge pour les dernières années existent. L'analyse des effets de la MDL ne peut pourtant pas se résumer au simple fait que le taux de marge est plus élevé pour les prix faibles et plus faible pour les prix élevés. En assimilant la marge dégressive à une marge linéaire la profession a fait une grave erreur en continuant à associer la baisse du taux de marge MDL à une baisse de valeur ajoutée. Cela interdit une analyse objective de la situation économique.

La consultation des tableaux statistiques IMS[217] montre, par exemple, qu'une augmentation du taux de marge moyen des ventes abouti systématiquement à une baisse de la valeur

[216] La marge commerciale traditionnelle
[217] Tableaux 62, 63, 64 & 65

ajoutée apportée par ces ventes. A part pour le modèle économique commercial, la MDL influe fortement sur l'économie des modèles libéraux et libéraux commerciaux.

1a. La MDL : une marge « libérale »

Le but de la MDL est de contrôler la valeur de la marge des médicaments, de façon à limiter le prix des médicaments les plus chers. Le taux de cette marge varie en fonction du montant du remboursement accordé. Sa principale caractéristique est que son taux en fixe la valeur.

Depuis son adoption le taux moyen de la MDL évolue naturellement en fonction de l'évolution du coût des médicaments. Depuis 20 ans l'augmentation du nombre de traitements chroniques et leur évolution vers des médications nouvelles et plus chères ont fait varier régulièrement le taux de marge de la MDL à la baisse, cette baisse démontrant à l'inverse que la valeur ajoutée apportée par les médicaments remboursables a aussi augmenté régulièrement.

Le principal problème apporté par la MDL est que le montant du remboursement des médicaments existants n'a jamais évoluer positivement et que leur valeur ajoutée apportée est fixée quasi définitivement.

Un autre problème, qui n'a jamais été évoqué, est que la fin de la marge linéaire pour le médicament remboursable a mis fin à la compensation par les volumes de la faiblesse du montant des prescriptions saisonnières ou occasionnelles par rapport aux prescriptions chroniques. L'écart entre le montant des traitements s'est agrandi au fur et à mesure que le taux de marge de la MDL a baissé, et ce d'autant plus rapidement que le montant du prix de remboursement des médicaments ne varie pas.

La rémunération moyenne des traitements saisonniers ou occasionnels prescrits n'a quasiment pas varié depuis la mise en place de la MDL alors que celle des traitements chroniques n'a pas cessé d'augmenter. Le déremboursement régulier des médicaments à SMR[218] insuffisant fait que l'augmentation des dépenses de santé n'est due qu'à la progression du nombre des traitements chroniques, au glissement de ces traitements vers des produits de plus en plus chers et au remboursements de nouveaux médicaments comme ceux sortis de la réserve hospitalière.

Depuis 2004, date de la dernière modification de la MDL, le panier moyen des ordonnances ALD a quasiment doublé alors que celui des autres ordonnances a quasiment stagné[219].

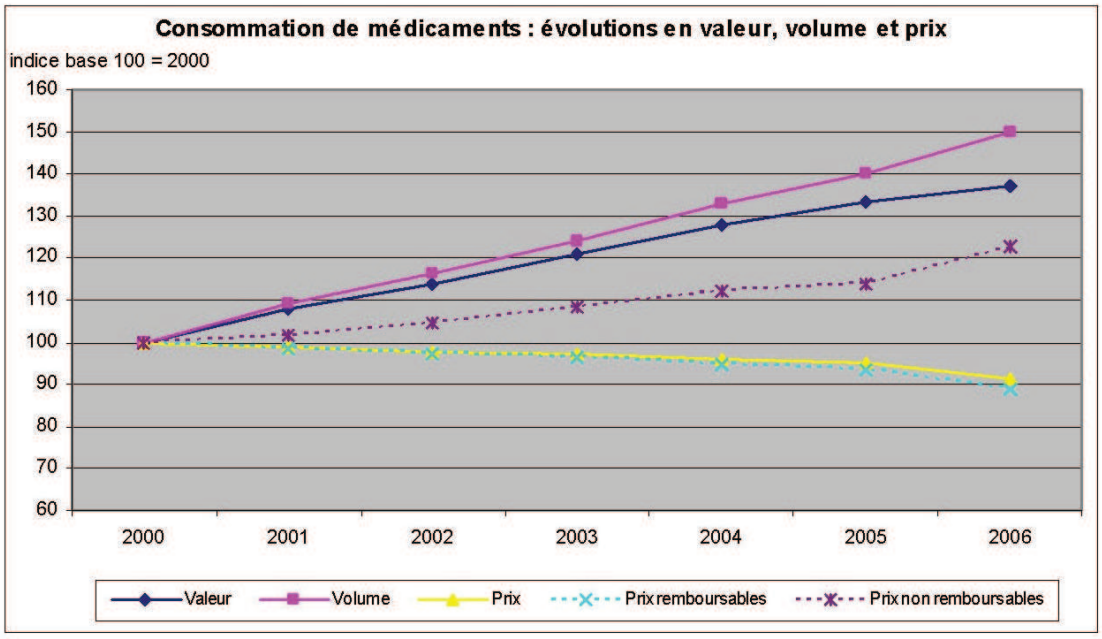
Depuis la mise en place il y a 10 ans de la politique de substitution, la valeur ajoutée globale apportée par les médicaments remboursables n'a pas cessé d'augmenter du fait de la conservation de la valeur ajoutée du princeps par le générique et des remises supplémentaires accordées pour le générique. Le montant moyen des prescriptions est en

[218] Service Médical Rendu
[219] D'une moyenne d'environ 50 € en 2004 à près de 100 € pour les ordonnances ALD, contre une moyenne d'environ 30 € depuis 2004 pour les autres ordonnances (statistiques IMS)

constante augmentation malgré la baisse des prix du médicament remboursable due aux génériques.

Tableau n°7

Graphique 2 - La consommation de médicaments : évolutions en valeur, prix et volume.



Sources : Drees, comptes de la santé 2006 ; Insee.

Activités des officines et revenus des titulaires Biblio (9)

Le tableau n°7 montre que la valeur de la marge apportée par la consommation des médicaments a augmenté de prés de 40% entre 2000 et 2006 alors que les prix ont baissé de 10%. Cette baisse des prix étant essentiellement due à l'augmentation du taux de substitution et à l'extension du répertoire des génériques, elle a tendance à s'accentuer sans pour cela que l'augmentation de la valeur de la marge en soit affectée.

Bien au contraire la valeur de la marge augmente grâce aux remises supplémentaires accordées[220] pour les génériques et grâce au fait que les médicaments prescrits soumis à la MDL ont un prix moyen qui augmente avec l'évolution des traitements chroniques vers des produits plus onéreux.

Une baisse régulière des prix accompagnée d'une augmentation de la valeur ajoutée correspond en fait à une augmentation du taux de marge moyen des médicaments remboursables, ce qui va à l'encontre du discours des responsables professionnels. La totalité des responsables syndicaux dénonce la baisse régulière du taux de marge de la MDL, rendant cette marge responsable des difficultés économiques actuelles de la profession.

La particularité de la MDL est que la valeur ajoutée globale des médicaments remboursables n'est pas redistribuée d'une façon linéaire entre les pharmacies, mais profite prioritairement

[220] Dans le tableau n°7 on ne tient pas compte des conditions commerciales particulières des génériques

aux pharmacies qui dispensent majoritairement des traitements chroniques, le développement de la substitution accentuant même ce phénomène.

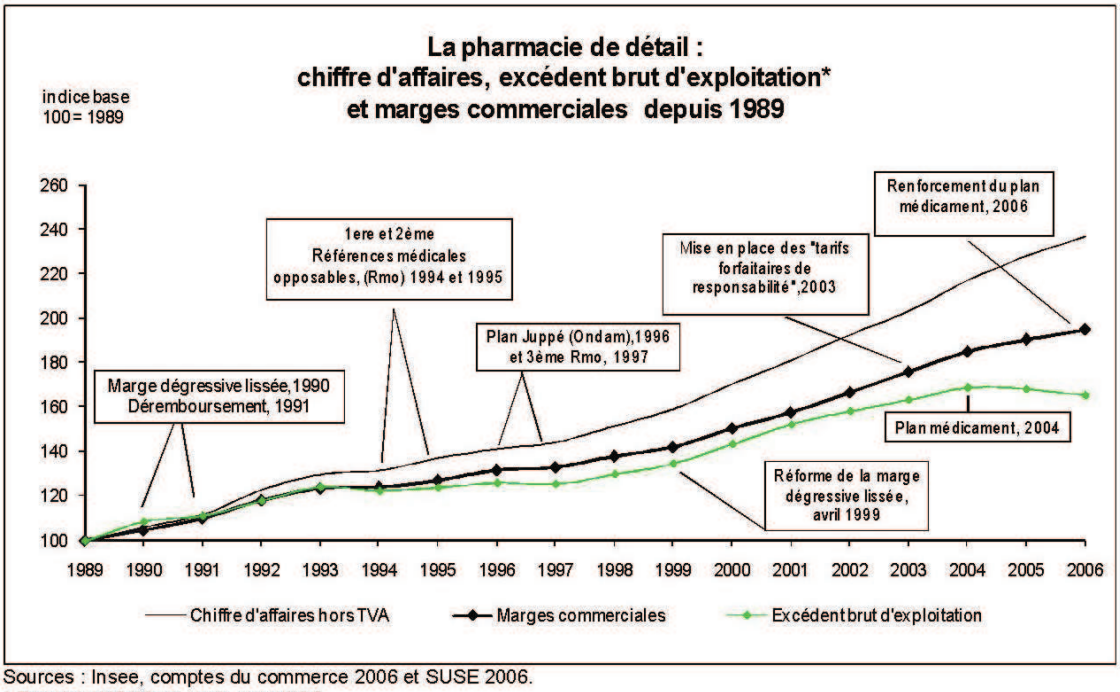
Prenons par exemple le cas du Plavix et de sa substitution. Actuellement le prix actuel de ce médicament est de 49,08 €, le taux de marge est de 16,48% et la valeur ajoutée apportée est de 7,92 €. Pour obtenir le même montant en dispensant du Doliprane 1G, il faudrait vendre 10 boites qui ont un taux de marge de 43,28% et une valeur ajoutée apportée de 76 centimes d'€. Pour obtenir le même montant en vente il faudrait vendre 27 boites.

Pour le générique du Plavix il faudrait toujours vendre 10 boites de Doliprane pour obtenir la même valeur ajoutée, mais il faudrait en vendre 17 pour obtenir la même valeur ajoutée après l'application des conditions commerciales. Il faudrait par ailleurs vendre aussi 17 boites de Doliprane pour arriver au prix du générique.

Si cet exemple montre l'amélioration économique apportée par le générique, il montre avant tout l'écart de rémunération important entre produit que provoque la MDL.

Tableau n°8

Graphique 3 - Évolutions du CA, de l'EBE et des marges commerciales des officines



Sources : Insee, comptes du commerce 2006 et SUSE 2006.
* Pour les définitions : voir *encadré 3*.

Activités des officines et revenus des titulaires Biblio (9)

Le tableau n°8 montre bien l'augmentation du chiffre d'affaires des officines, multiplié par 2,2 en 17 ans. La valeur ajoutée a été multipliée par 1,8 pendant cette même période. L'EBE a suivi la même pente que la valeur ajoutée jusqu'en 2004, année où l'EBE a commencé à décrocher. En rapprochant les tableaux n°7 et n°8 on constate que l'augmentation de chiffre d'affaires est due à l'augmentation des volumes de ventes des produits possédant une MDL.

Même si les pentes du chiffre d'affaires et des marges s'éloignent, la valeur des marges progresse régulièrement, et même si elles ne progressent pas au même rythme la valeur des marges a été multipliée par 1,8 en 17 ans,

La valeur de la marge commerciale continuant à augmenter, la baisse de l'EBE depuis 2004 ne peut être attribuée au plan médicament 2004. En analysant plus précisément les paniers moyens des ordonnances[221] depuis le plan médicament 2004 on se rend compte que depuis 2004 seul le panier moyen des ordonnances ALD a progressé[222] significativement alors que le panier moyen des ordonnances non ALD à quasiment stagné avec un écart non significatif.

Augmentation de chiffre d'affaires, augmentation de la valeur de la marge mais baisse de l'EBE, signifient que c'est la valeur ajoutée des ventes qui a stagné ou baissé et que c'est l'augmentation de leur nombre qui a provoqué cette baisse de l'EBE, à cause des besoins supplémentaires en personnel pour assurer la même qualité de service.

A titre d'exemple les dépenses médicamenteuses remboursables ont augmenté de 1,90%[223] en 2009, pour Pharmastat[224] le chiffre d'affaires global des officines a progressé de 0,74%. Pour Santestat[225] les officines de quartier ont vu leur chiffre d'affaires progresser de 2% en 2009, avec une progression du chiffre d'affaires des ordonnances de 1,80% répartie sous forme d'une augmentation du nombre d'ordonnances de + 0,30% et d'une augmentation de panier moyen de + 1,50%.

Les chiffres Santestat sont corroborés par les résultats publiés par la FCGA[226] en avril 2010 (**Biblio** (41) FCGA) qui confirme une augmentation de + 1,50% des petites pharmacies[227] pour 2009.

L'analyse de ces statistiques montre que l'augmentation du chiffre d'affaires des officines de quartier ou de petites tailles est calquée et correspond à l'augmentation des dépenses médicamenteuses remboursables, du fait de la prédominance des dispensations de traitements chroniques dans leur chiffre d'affaires. Cette augmentation des dépenses médicamenteuses remboursables est obtenue malgré l'amélioration du taux de substitution[228]. La conséquence de cet état de fait est que la marge en valeur augmente d'une façon d'autant plus importante que le taux de substitution progresse fortement[229], et cette augmentation est redistribuée préférentiellement aux officines qui dispensent majoritairement des traitements chroniques.

Selon la HCAAM[230], prés de 70% des traitements ALD sont pris par des personnes de plus de 60 ans. Le panier moyen des ordonnances ALD étant le seul panier moyen ordonnance

[221] Statistiques IMS Pharmastat
[222] Plus de 80% pour le panier moyen ALD depuis 2004
[223] Source CNAM
[224] IMS Février 2010
[225] Qualipharma janvier 2010
[226] Fédération des Centres de Gestion Agréées
[227] L'adhésion au centre de gestion agréé est facultative et ne concerne que les pharmaciens exerçant en nom propre ou en SNC
[228] Qui fait baisser le prix de remboursement des princeps concernés de 50%
[229] Le taux de marge moyen après remise du générique se situe entre 45 et 50%
[230] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, avis Avril 2010

progressant depuis 2004, ceci fait comprendre pourquoi l'augmentation de valeur ajoutée apportée par l'augmentation des dépenses de remboursement profite essentiellement aux officines de proximité. Selon IMS Pharmastat[231] en 2009 la progression des dépenses médicamenteuses remboursables a été assurée pour la plus grande part par l'augmentation des volumes des produits pris en charge à 100%.

Autre exemple, pour 2010, si la substitution du Plavix atteint 75%, les économies attendues seront de l'ordre de 1% des dépenses médicamenteuses 2009 sans que la valeur de la marge soit modifiée. Par contre les remises supplémentaires obtenues pour le générique devraient permettre de gagner en moyenne plus de 1 point de marge nette[232] pour les officines dispensant majoritairement des traitements chroniques.

En modifiant le mode de répartition de la valeur ajoutée globale, la MDL « récompense » le pharmacien libéral respectant un mode d'exercice libéral. N'existant pas dans les circuits de distribution, la MDL est depuis 20 ans la marge de l'exercice libéral en opposition à la marge linéaire qui est la marge de l'exercice commercial.

Le générique conservant la valeur de la marge du princeps, la valeur de cette marge dépend donc du taux de la MDL du princeps. Ce qui fait que la substitution n'influe pas sur la valeur ajoutée globale distribuée par les médicaments remboursables, et que cette valeur est bien déterminé par la MDL.

1b. La MDL : responsable des difficultés économiques ?

Depuis la mise en place de la MDL, il y a 20 ans, la profession n'a jamais cherché à en connaitre véritablement les effets. Pourtant la MDL est une marge de nature totalement différente de la marge linéaire, et le mélange de 2 marges de nature différentes aurait du pousser les responsables économiques à retenir un indicateur permettant de lire et de comprendre les résultats économiques obtenus.

De part sa dégressivité la MDL ne peut être exprimée que par son taux moyen, puisque les médicaments ayant un prix de remboursement différent possèdent un taux de marge différent. En suivant l'évolution de ce taux moyen on suit l'évolution du prix moyen du médicament remboursable auquel le taux est intimement lié.

Ceci veut dire que la baisse du taux moyen de la MDL est toujours associée à l'augmentation du prix moyen du médicament remboursable et donc d'une augmentation de la valeur ajoutée du médicament, comme le montre clairement le tableau n°8.

Le fait que le prix moyen du médicament baisse, comme le montre le tableau n°7, ne repose que sur la politique de substitution du générique. Même s'il est tentant d'associer la baisse du taux de la MDL avec la baisse du prix moyen du médicament pour expliquer les difficultés économiques actuelles de l'officine, la dégressivité de la MDL fait que la baisse du prix moyen devrait être accompagnée d'une augmentation de son taux de marge.

[231] Voir ANNEXE II
[232] EBE

Le tableau n° 59 montre l'écart de rémunération à l'ordonnance entre la France, le département et notre officine. Cet écart est en faveur de notre officine et comme nous l'avons montré dans la partie résultats, c'est la conséquence de l'application d'une démarche précise ayant comme objectif la satisfaction des malades. C'est la MDL qui est en cause pour ces écarts de rémunération essentiellement par le fait du glissement des prescriptions vers des médicaments plus chers pour les pathologies chroniques.

La mécanique économique, dont nous avons démontré l'existence, montre que ce sont les stratégies de développement qui pénalisent l'économie de l'officine en sanctionnant les augmentations de trafics non contrôlées. Les résultats économiques engendrés par le fonctionnement de la mécanique font que la MDL accentue les effets positifs ou négatifs des stratégies mises en place. La MDL va sanctionner économiquement les augmentations de trafics non maitrisées et récompenser la maitrise du ciblage.

Dans le rapport RIOLI (**Biblio** (1) RIOLI), les hypothèses émises par l'ensemble de la profession vont à l'encontre des résultats de nos recherches. Ainsi il y est affirmé que « la rémunération actuelle est un facteur limitant car inadapté aux différentes situations où le pharmacien doit apporter une réponse de professionnel », hors nous démontrons que plus le pharmacien rempli son rôle de professionnel de santé et plus la MDL permet d'atteindre une rémunération élevée.

« Il est démontré que la rémunération essentiellement apporté par la marge sur le médicament n'est plus adapté à la prise en charge personnalisée du patient afin d'optimiser la prise en charge pharmaceutique » (**Biblio** (1) RIOLI). L'ensemble de la profession a axé le développement du chiffre d'affaires sur des stratégies et une image commerciales nuisant ainsi à la qualité d'une démarche de professionnel de santé et diminuant la rémunération. La mécanique économique de l'officine démontre que c'est l'image et les objectifs de la démarche qui peuvent limiter la rémunération mais que la marge sur le médicament n'est en aucun cas inadapté puisque nous avons démontré au contraire que plus la prise en charge du patient était de qualité et plus la rémunération était élevée.

Nos résultats et les analyses qui en découlent démontrent que c'est le modèle économique développé par la profession qui est inadapté au mode de rémunération actuelle et non l'inverse. Le renforcement des stratégies purement commerciales auquel nous assistons depuis quelques années a accéléré la déconnexion existant entre une rémunération favorisant un exercice libéral et un mode d'exercice purement commercial.

La MDL ne pouvant pas être retenue comme responsable de la détérioration économique officinale, il nous faut analyser le modèle économique le plus répandu : le modèle libéral commercial.

2. Le modèle libéral-commercial : un modèle adapté ?

La perte du monopole sur la parapharmacie en1987 et le passage à la MDL en 1990 ont profondément bouleversé l'économie officinale. La concurrence entre pharmaciens s'étant déjà développée depuis la libération des prix, elle est devenue de plus en plus agressive dés

l'apparition d'une concurrence nouvelle avec les centres de parapharmacies et la volonté de nombreux groupements de se positionner comme concurrent de la GMS.

Agenceurs, négociateurs, conseils, laboratoires, groupements, la totalité des intervenants économiques ont le plus souvent conseillé un développement basé en premier lieu sur une stratégie commerciale. Le taux moyen de la MDL baissant régulièrement depuis 20 ans et faisant baisser concomitamment la marge bilan des officines, cette baisse de taux est assimilée par beaucoup comme une diminution de la rentabilité de leur officine et les poussent à adopter une démarche de plus en plus commerciale.

Par exemple les analyses comptables des économies officinales ne sont pas différenciées des analyses comptables de simples commerces, les solutions proposées ne font qu'accentuer les dérives commerciales.

Ainsi sur un indicateur comme la fréquentation, un cabinet comptable[233] donne ce conseil pour une diminution du nombre de clients « Lorsque le nombre de clients baisse, le pharmacien engagera un travail d'analyse pour savoir si sa pharmacie est assez animée, si l'équipe est conviviale et conseille bien les clients. Il commencera à surveiller la concurrence…. Pendant longtemps, les pharmaciens n'avaient pas à se poser toutes ces questions. Maintenant rares sont ceux qui peuvent faire l'impasse sur l'environnement économique de proximité » (**Biblio** (42) RIVOAL).

L'analyse de nos résultats montre que c'est par la maitrise de la fréquentation que nous avons obtenu la maitrise économique de notre outil. C'est le résultat de notre démarche qualité, et des objectifs précis qu'elle nous amène à respecter, qui fait que l'appréciation du niveau de la fréquentation ne peut se faire qu'en appréciant d'autres indicateurs. Le conseil du cabinet comptable montre que sa vision du métier de pharmacien est une vision essentiellement commerciale, en proposant par exemple à son client de surveiller la concurrence pour aligner sa démarche, et augmenter ainsi son trafic

Les officinaux ne sont plus amenés à se différencier sur leur compétences, mais sur une offre produit concurrentielle de plus en plus développée et diversifiée. Leur exercice est étendu au service du consommateur qui devient le centre d'intérêt principal.

A l'occasion d'un réagencement, d'un passage à l'enseigne ou d'un rachat, le pharmacien est tenté par la stratégie commerciale, qu'il adopte généralement sur les conseils de stratèges ne connaissant pas son métier. Le renforcement des stratégies commerciales depuis 5 ans avec le renforcement du nombre d'enseignes[234] a modifié l'équilibre général des ventes en officine. Depuis 2004 les ventes comptoirs sont passées de 38% du total des ventes à 41% de ce total, sans que leur part dans le chiffre d'affaires global n'évolue significativement. Cette part de chiffre d'affaires reste située autour de 15% depuis 2004[235].

Cette approche commerciale du mode d'exercice donne un coté standardisé de l'image affichée et aboutit à une uniformisation visuelle. Pour améliorer les résultats de notre démarche nous avons décidé à l'occasion de nos travaux de ne pas utiliser les codes

[233] C2C Pharma à Marseille
[234] Les premiers Trophées des enseignes ont été organisés par Pharmacien Manager en 2010, 15 enseignes différentes y ont participé
[235] Statistiques IMS Pharmastat et Santestat

signalétiques habituellement utilisés pour casser cette logique de développement qui fait qu'un pharmacien est apprécié plus sur l'image qu'il donne que sur la réalité de ses compétences. Pour nos transformations nous avons adhéré à une enseigne dont nous avons pris l'image comme nous l'avons précédemment décrit. Les objectifs initiaux du concept ayant été modifiés pour des objectifs plus commerciaux nous avons alors quitté l'enseigne, les objectifs de notre démarche devenant beaucoup trop éloigné des nouveaux objectifs du concept.

En oubliant le fait que le conseil se doit d'être objectif et dénué de tout intérêt financier, et qu'il doit répondre aux besoins exprimés par des malades, beaucoup ont oublié leur rôle de professionnel de santé, sensé répondre à une obligation de santé publique.

C'est cette objectivité dans le conseil qui permet au pharmacien de garder son indépendance, encore faut il qu'il exerce dans un environnement compatible avec son rôle.

Un espace commercial destiné à faire dépenser les malades qui rentrent dans les officines pour se soigner est il vraiment adapté pour établir la relation de confiance nécessaire au bon suivi des traitements qui leur sont dispensés ?

Nous avons démontré qu'exercer d'une façon libérale permettait d'avoir une rémunération en constante augmentation et supérieur à la moyenne, ce qui va à l'encontre des déclarations de Philippe Besset, président de la commission économique de la FSPF, qui affirme au contraire que ceux qui ont fait le choix de ce mode d'exercice s'en sorte plus mal que ceux qui ont cédé aux sirènes d'un commercialisme à outrance (**Biblio** (26) BESSET).

Ces propos reflétant l'avis général, alors que nos résultats démontrent le contraire, nous allons nous attacher à démontrer le manque de pertinence des indicateurs retenus pour suivre l'évolution économique de l'officine. En s'appuyant sur des indicateurs ne permettant pas d'apprécier objectivement la situation économique, il est difficile d'en comprendre l'évolution.

Le modèle libéral commercial est inadapté à la rémunération actuelle. Par contre en écrivant dans le rapport RIOLI que dans les services fondamentaux « la concurrence se fera sur les compétences, les connaissances, la qualité de prise en charge du patient, l'accompagnement et l'accueil », la profession dans son ensemble reconnait que notre démarche actuelle est l'avenir alors qu'elle-même a abandonné cette démarche en se tournant délibérément vers un mode d'exercice commercial.

3. Modèle libéral commercial : indicateurs, théories et analyses

Comme nous l'avons abordé dans le paragraphe précédent il existe une méconnaissance de l'économie officinale, méconnaissance entretenue par des théories jamais démontrées.

Par exemple la profession ne retient que les taux pour ses analyses, mais les taux ne peuvent pas avoir la même signification selon le modèle économique suivi.

3a. Les taux

Que ce soit pour les analyses d'évolution de chiffre d'affaires, pour les analyses de rentabilité ou tout simplement pour la marge bilan on ne parle qu'en taux. Nous allons démontrer que dans certains cas, ces taux faussent les analyses parce qu'ils ne sont pas adaptés à la compréhension de la mécanique économique que nous avons démontré.

3a.1 les taux de marge

Il existe 2 taux de marges en officine, le taux de Marge Dégressive Lissée et le taux de marge linéaire. Ces taux de marges sont appliqués selon le type de produits.

A l'occasion d'un colloque organisé par l'Institut Droit et Santé en juillet 2010, la FSPF[236] a fait le point sur la rémunération du pharmacien. Appelée à évoluer, la rémunération[237] pourrait mieux prendre en compte la qualité de dispensation selon Philippe Besset[238] (**Biblio** (43) MAZIERE).

A ce colloque Philippe Besset rappelle en quoi consiste la rémunération du pharmacien : « la marge est totalement différente selon le type de produits vendus. Mais même au sein de la catégorie médicament, rien n'est simple puisqu'il faut différencier ceux à prescription médicale obligatoire et ceux à prescription médicale facultative, mais aussi les remboursés et les non remboursés. Ce n'est que le début du casse tête, puisque la rémunération repose ensuite sur la marge dégressive lissée pour le médicament remboursable lorsqu'il s'agit du princeps ou du générique sous TFR, un système instauré en 1990, pour remplacer l'ancienne marge linéaire, comprenant désormais trois tranches. A cette rémunération à la marge s'ajoute un forfait à la boite fixé à 0,53 €. Enfin des conditions particulières existent pour les génériques depuis 1999 et pour les génériques hors TFR depuis 2003. Hors, les mesures prises ces dernières années sur le médicament ont, compte tenu de la marge dégressive lissée, fortement impacté les pharmaciens d'officine » (**Biblio** (43) MAZIERE)

Avec les statistiques IMS Pharmastat, la Fédération peut connaître la situation des pharmaciens en termes de rémunération selon les typologies de pharmacie. « La marge moyenne du remboursé sur ordonnance est d'environ 8,50 €, mais cela varie énormément d'une pharmacie à l'autre, par exemple entre les pharmacies de centres commerciaux et les pharmacies de proximité, entre les pharmacies rurales et celles situées prés d'un centre hospitalier (?)[239] …. » (**Biblio** (43) MAZIERE).

La FSPF constate comme nous que la marge est différente selon le type de produits, et comme nous constate que la Marge Dégressive Lissée impacte fortement l'économie des officines. Par contre contrairement à la FSPF qui continue à apprécier l'économie officinale selon le niveau du taux de la MDL, nous avons cherché un autre critère d'appréciation.

[236] Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
[237] Pour la FSPF la rémunération correspond à la valeur de la marge dégagée par l'ordonnance
[238] Président de la commission Economie de l'officine de la FSPF
[239] Pourquoi les pharmacies situées près d'un hôpital auraient-elles une économie particulière ?

Compte tenu de la nature différente des marges, nous avons décidé d'arrêter de nous exprimer en taux mais plutôt en valeur ajoutée[240], ce qui permet d'uniformiser la marge des produits et qui apporte l'objectivité dans les analyses.

Par exemple les produits remboursables ont un taux de marge moyen d'environ 22%, quand les produits non remboursables ont un taux de marge moyen de 35%. Il est alors naturel de penser que les produits possédant le taux de marge moyen le plus élevé sont les plus rentables. C'est pour cette raison que les modes d'exercices deviennent de plus en plus commerciaux.

Selon les statistiques IMS Pharmastat le prix moyen d'un produit remboursable dépasse les 10,70 €, et le prix moyen d'un produit non remboursable atteint 6,50 €.

Toujours selon les statistiques IMS la valeur ajoutée moyenne d'un produit remboursable est d'environ 2,30 €[241] quand la valeur ajoutée moyenne d'un produit non remboursable est d'environ 2 €. Cette constatation nous a amené à abandonner les taux de marges.

Tableaux n°62 & 63

I - Marges moyennes par vente en pourcentage

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	22,54%	21,55%	36,94%
Département	24,06%	21,93%	36,13%
France	23,77%	21,95%	34,51%

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

I - Marges moyennes par vente en pourcentage

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	22,79%	21,93%	33,96%
Département	24,12%	21,93%	36,04%
France	23,75%	21,91%	34,45%

Source IMS Pharmastat, février 2010

Tableaux n°64 & 65

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	9,51 €	13,13 €	2,84 €
Département	7,33 €	9,46 €	4,13 €
France	7,84 €	10,47 €	4,04 €

Source IMS Pharmastat, janvier 2010

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	9,44 €	12,66 €	3,01 €
Département	7,18 €	9,32 €	4,08 €
France	7,80 €	10,41 €	4,04 €

Source IMS Pharmastat, février 2010

[240] La valeur ajoutée représente la valeur en € de la marge
[241] Dans le rapport RIOLI la valeur ajoutée moyenne du médicament remboursé est d'environ 2,25 €

Les tableaux n°62, 63, 64 et 65 donnent les marges moyennes des ventes en pourcentage et en €. Toutes les ventes que ce soit les ordonnances ou les ventes comptoirs contiennent des produits possédant les différentes marges, et on tire les mêmes conclusions que pour les produits : plus le taux de marge moyen des ventes est faible plus la valeur ajoutée moyenne est élevée. On se rend compte ainsi de l'impact de la MDL sur la valeur ajoutée moyenne de la totalité des ventes.

Depuis la mise en place de la MDL, il est impossible d'analyser l'évolution de l'économie officinale avec les taux de marge. C'est pour cela que nous n'avons jamais fait référence à des augmentations ou des baisses de taux dans notre démonstration.

« Les baisses de marge et de volume des médicaments remboursés fragilisent dangereusement l'équilibre économique du réseau officinal qui se trouve aujourd'hui en réelles difficultés financières » (**Biblio** (1) RIOLI) Cette affirmation contenu dans le rapport RIOLI est contredite par la consultation des statistiques IMS Pharmastat, une baisse de taux de marge ne correspond pas à une baisse de valeur ajoutée du médicament remboursable. Le tableau n°7 confirme que la valeur de la marge moyenne du médicament remboursé augmente avec une baisse de son prix moyen de remboursement.

Nous arrivons donc à la conclusion que le taux de marge moyen et la valeur ajoutée moyenne du médicament remboursable est en constante progression depuis la mise en place de la substitution.

La FSPF constate comme nous que la rémunération à l'ordonnance est différente selon le type d'officine, sauf que nous nous démontrons que cette différence est fonction du modèle économique suivi alors que la FSPF estime elle que cette différence est fonction de l'emplacement géographique. Le montant de la rémunération moyenne à l'ordonnance donné par la FSPF est de 8,50 € alors que la consultation des tableaux n°64 & 65 montre que la rémunération moyenne à l'ordonnance est supérieure à 10,40 € selon IMS Pharmastat.

Le montant de rémunération donné par la FSPF provient aussi des statistiques IMS Pharmastat et il est inférieur de 20% au montant moyen France des tableaux n°64 & 65 et que la valeur de marge moyenne France a dépassé ce montant bien avant 2004.

Nous n'avons pas d'explications permettant de comprendre pourquoi les chiffres sur lesquels s'appuie la FSPF ne correspondent pas à la réalité. Pour les 3 modèles que nous avons déterminés seul le modèle commercial a un montant de rémunération à l'ordonnance aussi faible.

3a.2 le taux de marge bilan

Ce taux est le sujet de tous les commentaires puisque sa baisse régulière serait l'élément déterminant de la mauvaise santé économique des officines selon la profession. Ce taux étant issu du mélange des valeurs ajoutées apportées par la marge linéaire et la MDL, son analyse est difficile à faire si on ne l'associe pas à son modèle économique. L'interprétation de ce taux ne peut se faire qu'en l'associant à l'évolution de l'EBE pour savoir si la baisse du

taux de marge brute est due à une baisse de rentabilité. Ainsi une baisse du taux de marge bilan associée à une diminution de l'EBE signifiera une dégradation économique alors qu'une amélioration de cet EBE avec une baisse du taux de marge bilan signifiera une amélioration économique.

Comme on l'a vu dans le paragraphe précédent la valeur ajoutée moyenne de l'ensemble des ventes est d'autant plus élevée que le taux de marge est faible. Le taux de marge bilan suit cette évolution, et aucun bilan ne devrait être analysé sans que le comptable connaisse le modèle économique suivi par son client.

En effet si l'on prend le rapport ordonnances/ventes, par exemple, et que ce rapport se modifie sur l'année fiscale, cela jouera sur le taux de marge bilan. Que ce rapport baisse, c'est-à-dire que le nombre de ventes comptoir augmente, et le taux de marge bilan augmente alors que la valeur de la marge moyenne par ventes baisse, à termes l'EBE ne peut que baisser. Que ce rapport augmente, c'est-à-dire que le nombre d'ordonnance augmente et le taux de marge bilan baisse alors que la valeur de la marge moyenne par ventes augmente, à termes l'EBE ne peut qu'augmenter.

Même si notre démonstration est succincte, nous pensons qu'il est indispensable que le comptable connaisse les modèles économiques officinaux pour pouvoir faire une analyse précise du bilan.

Le taux de marge bilan n'est significatif que s'il est associé à un modèle économique.

3a.3 les taux de TVA

Ces taux sont le plus souvent retenus pour juger la structure et l'évolution des chiffres d'affaires.

- le taux 2,10% : si ce taux donne le pourcentage des médicaments remboursables dans le chiffre d'affaires, il est le plus souvent assimilé au pourcentage des ordonnances. Pour beaucoup le taux de TVA 2,10% actuel, environ 80%, correspond au pourcentage d'ordonnance dans le C.A officinal. Hors dans toutes les statistiques le pourcentage des ordonnances dans les chiffres d'affaires est en moyenne de 85%.

- le taux 5,50% : ce taux est retenu pour contrôler le pourcentage des ventes OTC. Le taux actuel du 5,50% représente environ 12% du C.A moyen des officines en 2008[242]. Comme le taux 2,10% pour les ordonnances, ce taux est pris comme pourcentage des ventes OTC dans le chiffre d'affaires, hors selon les statistiques publiées par l'AFIPA pour le marché de l'automédication, les ventes de médicaments OTC ne représentent que 5,30% du C.A total des médicaments. Ce qui veut dire que les médicaments OTC ne représentent qu'un peu moins de 5% du C.A global des officines.

[242] Statistiques professionnelles « Pharmacie » 2008, Fiducial

- Le taux 19,60% : ce taux est retenu pour apprécier le pourcentage de la parapharmacie dans le C.A des officines. Le taux actuel du 19,60% représente environ 7,80% du C.A moyen des officines en 2008[243]. Du fait que des produits remboursables prescrits possèdent une TVA 19,60%, comme certains produits diététiques ou certains accessoires, le taux de TVA 19,60% ne peut pas représenter la parapharmacie. La parapharmacie représente un peu plus de 3% du chiffre d'affaires des officines, en fonction du taux de 2006 (**Biblio** (7) COLLET).

La ventilation par taux de TVA ne permet pas de suivre l'évolution des chiffres d'affaires par catégories de ventes. Les taux de TVA ne peuvent pas servir comme indicateurs du fait du mélange des différents taux dans les dispensations d'ordonnances ou dans les ventes comptoirs. Par exemple prés de 33% des volumes de ventes d'automédication sont des produits à prescription facultative possédant un taux de TVA à 2,10% (**Biblio** (44)AFIPA).

A l'inverse un pourcentage non négligeable de produits déremboursés possédant un taux de TVA de 5,50% sont toujours prescrits[244] et sont donc dispensés au sein d'ordonnances mais sont comptabilisés comme OTC.

Donc prendre en compte l'augmentation d'un taux de TVA comme indicateur d'évolution d'une catégorie de ventes n'a aucune pertinence et ne repose sur aucune logique économique.

Par ailleurs beaucoup de sociétés spécialisées en marketing utilisent ces taux pour leurs études de marchés et la détermination des potentiels de chiffre d'affaires. Par exemple la société EMS[245] publie régulièrement dans le Quotidien du Pharmacien des études sur les potentiels de demande « médicament » ou de parapharmacie de certaines villes (**Biblio** (45) EMS). Cette société prend comme référence du niveau de demande potentielle de parapharmacie une moyenne nationale de 17% du C.A global, correspondant à la TVA 5,50% et 19,60%, soit un chiffre d'affaires de 6 milliards d'€ alors que selon IMS et l'INSEE le chiffre d'affaires global France de l'OTC et de la parapharmacie n'a pas dépassé 3 milliards d'€ en 2009. Quelle crédibilité peut-on donner aux résultats de telles études quand les écarts de chiffre d'affaires vont du simple au double selon que l'on parle de taux ou de valeur ?

Les taux de TVA sont, pour nous, des indicateurs à abandonner car ils n'ont aucune pertinence.

3a.4 synthèse.

Le fait de ne retenir que la valeur des taux pour analyser la rentabilité ou évaluer une progression conduit à faire des choix stratégiques pouvant aller à l'encontre de l'intérêt économique des officines.

[243] Statistiques professionnelles « Pharmacie » 2008, Fiducial
[244] Des fluidifiants, des antitussifs, des gouttes nasales, des collutoires, des veinotoniques, etc.
[245] European Marketing Science

Par exemple depuis sa mise en place, la MDL n'a pas cessé de voir son taux baisser et le taux de marge linéaire moyen stagner. En ne cherchant pas à mettre en place des indicateurs permettant de comprendre les effets du mélange de la MDL avec la marge linéaire, la compréhension de l'économie officinale est devenue très approximative. En effet la baisse régulière de la MDL a entrainé une augmentation régulière de la valeur ajoutée moyenne des médicaments remboursables[246], alors que la répercussion systématique des remises sur les prix d'achats des produits concurrentiels a fait baisser régulièrement la valeur ajoutée des produits à marge linéaire avec la stagnation ou la baisse volontaire de leur taux de marge.

C'est la raison essentielle pour laquelle cette thèse ne parle que de valeur ajoutée, seule façon de comprendre l'économie officinale. En prônant un développement par l'augmentation des ventes possédant le plus fort taux mais la plus faible valeur ajoutée, les concepts marchands pénalisent l'économie officinale en établissant une concurrence dévastatrice pour la valeur ajoutée des ventes comptoirs. Depuis l'avènement des enseignes l'écart entre la valeur ajoutée moyenne apportée par les ordonnances et la valeur moyenne des ventes n'a pas cessé de grandir. Cet écart grandissant est du au fait de l'augmentation régulière plus importante de la valeur ajoutée de l'ordonnance, augmentation réservée aux pharmacies n'utilisant pas le modèle libéral commercial ou étant dans l'incapacité de le faire.

3b. La mécanique économique

Le développement économique actuel est basé sur des concepts marchands permettant les augmentations de trafic par l'élargissement de la cible sur les consommateurs, le principe étant que l'augmentation de fréquentation ainsi obtenu permettra de doper les ventes, compensant ainsi la baisse du taux de marge du médicament remboursable et de développer le nombre des ordonnances dispensées.

La relation supposée entre le fait que le développement des ventes de parapharmacie ou d'OTC entrainerait un développement de la dispensation des ordonnances n'a jamais été établie[247], comme il n'a jamais été démontré que l'augmentation des ventes comptoirs améliorait la rentabilité économique officinale. Au contraire nous avons démontré que la mécanique qui régit l'économie officinale allait à l'encontre de ces affirmations.

L'application d'un concept marchand, s'il entraine une augmentation de chiffre d'affaires, amène aussi une forte diminution de la productivité de l'officine : le plus souvent un doublement de chiffre d'affaires s'accompagne d'un quadruplement de la fréquentation. Les paniers moyens clients d'Enseigne comme Pharmavie ou Forum Santé dépassent tout juste les 20 € alors que le panier moyen client France est à peine supérieur à 35 €. La faiblesse de la valeur ajoutée des ventes oblige à une extension régulière du référencement et des ventes pour compenser la perte de productivité. Nous avons montré dans nos résultats qu'une diminution du rapport ordonnances/ventes entrainait une obligation d'augmenter sa

[246] Accentué par la substitution
[247] C'est plus la nature des ordonnances qui change, que leur nombre qui progresse

fréquentation pour compenser la perte de valeur ajoutée intervenant lors de la baisse de ce rapport.

« Les laits infantiles : produits achetés régulièrement, voire souvent, par les jeunes mamans. Niveau de prix élevé, très au dessus de 10 €, et concurrence forte (disponibles dans n'importe quelle grande surface). Sur ce type de produits, pas de secret pour attirer la clientèle : il faut être le moins cher ! C'est également le cas pour des produits de type pilule contraceptive non remboursée. » (**Biblio** (46) ARGOS). Ce sont les conseils donnés par une agence conseil spécialisée dans l'optimisation des espaces de ventes.

Ce type de conseil résume parfaitement le but des stratégies commerciales : attirer les consommateurs par une politique de prix sans distinction de statuts pour les produits. En assimilant par exemple un produit de prescription obligatoire non remboursé à un banal produit de parapharmacie, le conseil étend le marché concurrentiel aux médicaments qui deviennent ainsi des produits d'appel.

Le résultat de cette stratégie fait que le développement des chiffres d'affaires se fait grâce à une augmentation de fréquentation basée sur la vente de produits à faible valeur ajoutée ou même sans valeur ajoutée. Le modèle libéral commercial est devenu la référence au niveau de la profession. La formation continue forme les pharmaciens aux techniques de ventes ou commerciales, tout est mis en place pour agir sur la mécanique économique en modifiant les objectifs de la démarche initiale.

Autre exemple : la formation « Le merchandising à l'officine » pour développer le potentiel maximum de son officine en synchronisant une mise en avant, une vitrine, une implantation rayon en fonction d'une campagne publicitaire et d'un choix de politique commerciale, est une formation proposée très régulièrement[248] par différents organismes de formation. La mécanique économique sera influencée par la modification d'image.

La mise en place du libre accès est l'aboutissement de ce modèle économique où la distribution prend le pas sur la dispensation.

Le libre accès a été mis en place sans qu'aucune étude sur la rentabilité économique de ces espaces ne soit faite, comme aucune étude n'a jamais été faite sur la rentabilité des ventes hors ordonnance. Indépendamment du fait que le libre accès change le statut du pharmacien qui passe du statut de professionnel de santé libéral à celui de distributeur spécialisé de médicaments, la rentabilité de ces espaces n'est pas assuré si le pharmacien respecte les règles mises en place

Ainsi par exemple, si, dans le cadre de ces espaces, la moyenne de ventes des produits d'automédication est de 1 produit toutes les 3 minutes, soit 20 produits par heure, le chiffre d'affaires horaire sera de 90 € (**Biblio** (44) AFIPA).

Au taux de marge moyen pratiqué sur l'OTC la valeur ajoutée sera de 28,30 €[249]. Si ces produits sont délivrés uniquement par un pharmacien salarié[250] il y aura une perte horaire

[248] Form'utip, Grenoble 4 et 5 mai 2010
[249] Le taux de marge moyen est de 32%
[250] Coût salarial horaire brut coefficient 500 (hors ancienneté) : 35,70 €

dépassant les 7 €. Si ces produits sont délivrés uniquement par une préparatrice[251] le gain sera d'environ 9 €. Si les délivrances sont partagées le gain horaire sera nul.

Ces espaces étant destinés à favoriser la concurrence et la baisse des prix, l'espérance d'une rentabilité future est à abandonner et ce d'autant plus que la mécanique économique provoque une baisse de productivité.

La baisse de l'EBE constatée après 2004[252] correspond à l'accélération du déploiement des enseignes. La concurrence a poussé de nombreux officinaux à reprendre à leur compte les théories développées par les groupements et les grosses pharmacies commerciales. L'augmentation désordonnée et non maitrisée des ventes comptoirs, associée au fait que l'augmentation de valeur ajoutée apportée par la modification de la MDL a profité essentiellement aux officines ne suivant pas le modèle soutenu par la plupart des responsables économiques, a entrainé une progression de chiffre d'affaires n'amenant pas une valeur ajoutée suffisante pour compenser les frais généraux induits par cette progression. Une étude publiée par Fiducial[253] sur 13 ans[254] en 2009 montre que l'effectif moyen salarié a augmenté de 25% en 2005 passant d'une moyenne de 4 employés par pharmacie à 5 employés alors que cet effectif moyen était resté stable pendant les 9 ans[255] précédents et avec une progression de chiffre d'affaires dépassant les 40%.

Toujours selon cette étude cette augmentation de l'effectif moyen est surtout due à la progression importante des effectifs dans les pharmacies possédant un trafic important.

La modélisation de l'économie de l'officine n'étant pas à ce jour retenue par les officinaux pour appréhender les conséquences de leur stratégie de développement, tous les titulaires se servent des théories élaborées par des conseils reprenant des stratégies commerciales inadaptées au fonctionnement libéral de notre activité.

Par exemple la théorie de l'augmentation des volumes devant compenser la perte de valeur ajoutée provoquée par la baisse des prix, ne peut fonctionner que si la qualité de service est aussi diminuée. L'exemple du libre accès décrit plus tôt en est la parfaite illustration, pour qu'il soit rentable il faut qu'il soit en libre service avec une prise en charge minimisée.

Les difficultés économiques engendrées par les stratégies commerciales apparaissent lorsque la valeur ajoutée à l'ordonnance n'est plus suffisante pour compenser la faiblesse de la valeur ajoutée apportée par les ventes comptoirs simples. Ces difficultés apparaissent plus ou moins rapidement selon la vitesse de rajeunissement de la fréquentation et selon l'emplacement commercial.

Les concepts marchands, en modifiant l'équilibre des ventes de l'officine, perturbent la mécanique économique officinale en transformant la typologie de la fréquentation de l'officine. En ne coordonnant pas l'image donnée au mode d'exercice d'un professionnel de santé, les concepts marchands font fonctionner les économies officinales avec un régime inadapté au moteur économique officinal. La diminution régulière du rapport

[251] Cout salarial horaire brut coefficient 300 (hors ancienneté) : 19,20 €
[252] Tableau n°8
[253] Statistiques professionnelles « Pharmacie » 2008, Fiduciaire
[254] De 1996 à 2008
[255] De 1996 à 2004

ordonnances/ventes oblige à une augmentation tout aussi régulière du trafic pour compenser la perte de valeur de la marge. Que le niveau d'augmentation de trafic nécessaire pour compenser cette perte de marge ne soit pas atteint et l'économie de l'officine décline. Que la fréquentation stagne et l'économie périclite doucement.

C'est parce que le pharmacien agit le plus souvent par mimétisme que le modèle libéral commercial est devenu la référence en tant que modèle officinal. Le modèle libéral commercial est une déclinaison du modèle commercial des officines situées dans des zones à fort potentiel commercial et dont le chiffre d'affaires ne dépend absolument pas du mode d'exercice du pharmacien.

La reconnaissance dans le monde officinal étant le plus souvent rattachée au chiffre d'affaires des officines, un nombre de plus en plus important de titulaires se rallie au développement par une stratégie commerciale pour obtenir une « taille critique » qui serait synonyme de rentabilité. Les pharmaciens sont les seuls chefs d'entreprises développant leur chiffre d'affaires sans s'occuper de la productivité de leurs entreprises. Le seul exemple comparable vient du commerce de détail qui a précipité sa perte en axant son développement sur les mêmes types de stratégie que celles utilisées actuellement par la profession.

En élargissant les objectifs de leur démarche qualité à la satisfaction des consommateurs et en adaptant l'image de leur surface d'accueil[256] à ces objectifs, les pharmaciens d'officine agissent sur la mécanique gérant leur économie en modifiant la typologie de leur clientèle. Même si les effets bénéfiques des stratégies commerciales sur le chiffre d'affaires se font sentir rapidement, il n'en reste pas moins vrai que, comme nous l'avons démontré, ces stratégies font baisser la rentabilité des officines.

Comme nous l'avons montré la mécanique économique officinale dépend de 3 critères : des objectifs de la démarche qualité, de l'image de la surface d'accueil et de l'environnement. Les effets négatifs d'une stratégie commerciale seront cachés si l'environnement permet de s'appuyer sur un chaland important. Un peu plus de 85% des officines répondent à la loi de répartition géographique (**Biblio** (4) RENARD), c'est-à-dire que leur environnement ne varie pas et que le chaland est limité. Pour ces officines une stratégie commerciale va amener une dégradation régulière de leur économie, comme le dénonce actuellement l'ensemble des syndicats : c'est bien le modèle économique suivi par la majorité des officines qui provoque la dégradation économique de l'officine.

3c. Les marchés

Le principe des concepts marchands repose sur le développement de marchés : le marché de la parapharmacie, le marché bébé, le marché du complément alimentaire, le marché de l'OTC, etc., etc.

[256] C'est le principe des enseignes

En ne fonctionnant qu'avec des pourcentages, des taux, en ne parlant jamais de valeurs, les concepteurs des stratégies commerciales des concepts marchands brouillent la vision économique des pharmaciens.

Par exemple la parapharmacie devrait représenter prés de 8% du chiffre d'affaires moyen des officines si l'on se réfère à l'indicateur généralement retenu, le taux de TVA 19,60%. On a vu précédemment que cet indicateur n'était pas pertinent. Par contre le chiffre d'affaires du marché de la parapharmacie pour l'officine est d'environ 1 milliard d'€, ce qui représente une moyenne d'environ 45 000 € par officine[257], ce qui rapporté au chiffre d'affaires moyen officinal représente 3% de ce C.A moyen. Ce qui rejoint le taux donné par le rapport du DRESS 2009 (**Biblio** (7) COLLET). Dans ce rapport il est indiqué que les équilibres économiques étaient très peu modifiés depuis les résultats de l'étude précédente et datant de 2004 (**Biblio** (5) BERNARDET), ce qui démontre l'évolution extrêmement lente des marchés. Par contre l'étude publiée en 2004 montre la grande concentration du marché de la parapharmacie en indiquant qu'en 2002 1% des officines dépassent le seuil de 20% de chiffre d'affaires avec la parapharmacie et 4% seulement réalisent plus de 10%.

En estimant à 250[258] le nombre de pharmacies dépassant les 4 millions d'€ de chiffre d'affaires et réalisant 20% de leur chiffre d'affaires en parapharmacie, on se rend compte qu'un minimum de 20% du C.A total de la parapharmacie se distribue sur 1% des points de ventes.

En considérant que les 673 pharmacies Pharmavie[259] du groupement Plus Pharmacie font simplement le chiffre d'affaires minimum requis pour être adhérent[260] et réalisent 15%[261] de ce C.A avec la parapharmacie, elles réaliseraient un minimum de 25% du chiffre d'affaires global de la parapharmacie officinale en représentant environ 3% du nombre des pharmacies.

Cette concentration du marché de la parapharmacie fait que sa part ne dépasse pas les 1% dans près de 85% des officines, bien, que leur taux de TVA 19,60% se situe autour de 5%.

Prétendre, comme le font certaines enseignes (**Biblio** (36)GLOBAL PHARMACIE), faire passer les ventes de parapharmacie de 1% à 12% pour des pharmacies ne disposant pas d'un chaland surdimensionné est quasiment impossible du fait qu'il faut pouvoir multiplier ses ventes de parapharmacie par 12 pour obtenir une augmentation de 1 100% du C.A parapharmacie!

En répartissant la valeur du chiffre d'affaires parapharmacie sur la totalité des officines, on s'aperçoit que 80% du marché de la parapharmacie est concentré sur environ 3 000 points de ventes en fonction des chiffres fournis par les différents groupements, les 20% restant se répartissant sur les 20 000 officines de proximité[262].

[257] 3 700 € de C.A mensuel moyen
[258] Un peu plus de 1% des officines
[259] http://www.pluspharmacie.fr/
[260] Soit 2,5 millions d'€
[261] Taux inférieur à celui revendiqué par le groupement
[262] Soit 800 millions répartis sur 3 000 points de ventes

Autre exemple le marché de l'OTC, qui suit la même concentration que la parapharmacie. La encore le taux de TVA 5,50% sert comme indicateur et dépasse 12% dans les chiffres d'affaires en moyenne nationale[263]. Pour beaucoup de conseils le pourcentage d'OTC dans les chiffres d'affaires correspond au taux de TVA 5,50%. La lecture des différents rapports de l'AFIPA sur le marché de l'automédication apporte des réponses différentes. Son dernier rapport publié le 16 mars 2010, montre que le chiffre d'affaires d'OTC 2009 représente environ 5,30% du marché du médicament, ce qui, ramené au chiffre d'affaires global officinal, représente moins de 5%.

La concentration du marché OTC est identique à celui de la parapharmacie du fait du niveau de fréquentation important pour les quelques 3 000 officines qui font 80% du marché de la parapharmacie. Il ne faut pas oublier, par exemple, que selon l'étude de Jean Renard (**Biblio** (4) prés de 1 400 officines sont attenantes à des hypermarchés attirant un chaland pouvant dépasser plus de 20 000 personnes par jour.

Comme pour la parapharmacie, en répartissant la valeur du chiffre d'affaires OTC sur la totalité des officines et en tenant compte des chiffres fournis par les différents groupements, le marché de l'OTC est concentré à plus de 80% sur 3000 points de ventes.

Le niveau de fréquentation des officines est fonction de leur emplacement pour les modèles commerciaux, qui n'existent que par le surdimensionnement de leur chaland. Ce sont les seuls modèles qui peuvent revendiquer le fait de développer des marchés, puisqu'ils fonctionnent sur un modèle de distribution dans un environnement commercial. Le niveau de leur panier moyen client, en se situant le plus souvent autour de 20 €, montre qu'une grosse partie de leurs ventes est constituée de produits à faible prix donc possédant une valeur ajoutée réduite.

3d. Les pharmacies rentables

Pour beaucoup c'est le niveau du chiffre d'affaires qui détermine la rentabilité des officines. En parlant de taille critique les responsables professionnels répandent l'idée selon laquelle les petits chiffres d'affaires n'ont pas la possibilité de se développer parce que leur rentabilité baisse régulièrement ou qu'elle n'est plus suffisante pour assurer une qualité de service d'un niveau suffisant pour progresser. La consultation des études comptables publiées par KPMG ou la Fiducial ne confirme pas ces hypothèses. Pour KPMG (**Biblio** (28)) depuis 2004 ce sont les pharmacies de plus de 2 200 K€ qui ont vu leur EBE se dégrader le plus vite, en ayant le meilleur EBE en 2004 et en perdant prés de 3 points en 4 ans, alors que la moyenne des officines ne perdait que 1,80 point.

Toujours selon KPMG la rentabilité moyenne des officines a baissé de 25% entre 2004 et 2008, mais cette baisse de rentabilité n'est que de 17% pour les officines ayant un C.A inférieur à 1 100 K€ alors que la baisse est de prés de 40% pour les officines de plus de 2 200 K€ et de 24% pour les officines situées entre 1 100 K€ et 2 200 K€.

[263] Statistiques professionnelles « Pharmacie » 2008, Fiducial

Si en 2004 les officines de plus de 2 200 K€ avait la meilleure rentabilité, en 2008 elle possède la plus mauvaise, cette rentabilité étant inférieure de 17% à la moyenne de rentabilité nationale. A l'inverse les officines de moins de 1 100 K€ avait la plus mauvaise rentabilité en 2004[264] , mais possède la meilleure rentabilité en 2008, supérieure de 8% à la moyenne nationale. Il faut remarquer que les officines possédant un chiffre d'affaires situé entre 1 100 et 2 200 K€ ont une rentabilité correspondant à la moyenne nationale de 2004 à 2008.

La rentabilité des officines a baissé depuis 2004, avec la baisse régulière de la valeur ajoutée moyenne des ventes due au renforcement de la concurrence allant de pair avec le modèle libéral commercial. Cette baisse de rentabilité confirme que ce sont les modèles libéraux-commerciaux et commerciaux qui sont en cause avec leur développement axé sur l'augmentation des ventes simples à faible valeur ajoutée, cette augmentation faisant perdre régulièrement de la productivité.

L'étude des statistiques IMS Pharmastat et Santestat depuis 2004 montre que le rapport ordonnances/ventes n'a pas cessé de baisser en passant d'un rapport moyen France 62/38 à un rapport moyen France 59/41. La baisse de ce rapport est significatif d'une baisse de rentabilité parce qu'elle représente une baisse du panier moyen vente France avec l'augmentation du nombre de ventes comptoirs.

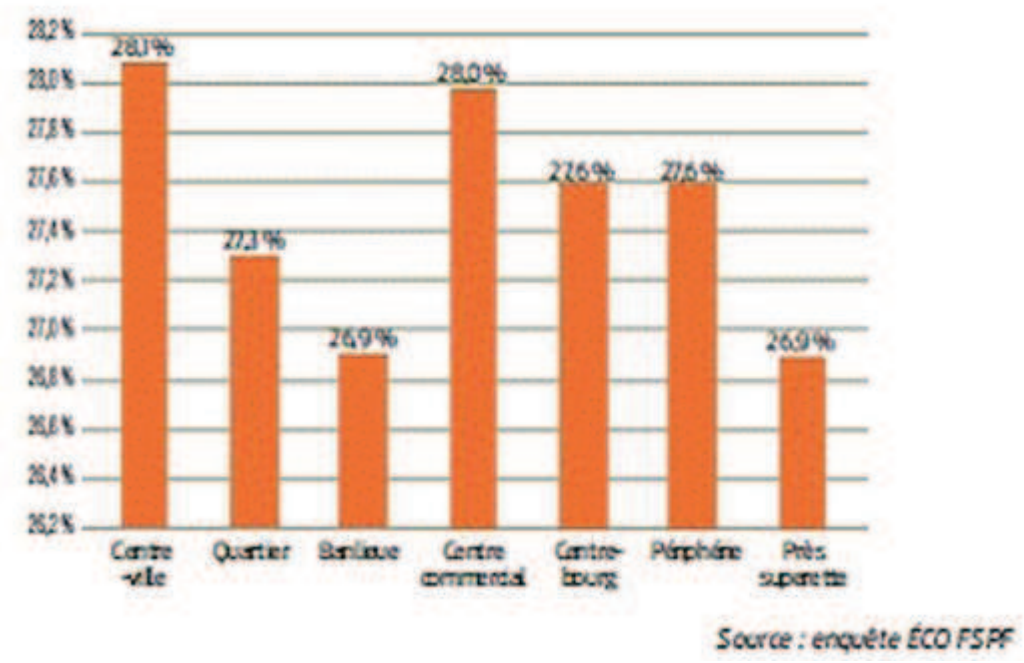
Au niveau micro économique une officine conservera sa rentabilité si ce rapport reste stable, améliorera sa rentabilité si ce rapport augmente et perdra de la rentabilité si ce rapport baisse. L'adjonction de l'indice de suivi de performance, le BaroQualité, au suivi de ce rapport permet de savoir si la démarche qualité de l'officine corrige la baisse de rentabilité constatée sur les ventes, il est tout à fait possible d'avoir une baisse du **P**anier **M**oyen **V**ente mais une amélioration du **P**anier **M**oyen **C**lient.

L'analyse de nos résultats montre que cette possibilité est très improbable du fait de l'existence de la mécanique économique qui ne permet pas un tel cas de figure. En corroborant la baisse de ce rapport et les résultats des analyses comptables de KPMG on ne peut qu'en conclure que c'est le renforcement des politiques commerciales par les officinaux qui est la cause essentielle de la perte de rentabilité constatée ces dernières années.

[264] - 1,80% par rapport à la moyenne nationale

Tableau n°92

Quelles sont les officines les plus rentables ?



Les résultats de ce graphique varient peu d'année en année. Les officines les plus rentables se situent systématiquement dans des zones de fort passage ou dans des zones commercialement actives. C'est toujours les officines de centres commerciaux qui tiennent la première place, talonnées par les officines de centre-ville. Les officines de « banlieue » ferment le ban à égalité avec les officines à proximité de supérettes.

Source Pharmacien de France novembre 2010

Le tableau n°89 désigne les pharmacies les plus rentables selon la FSPF (**Biblio** (47) SIMON) ? On peut constater que le seul critère de rentabilité retenu est le taux de marge bilan, dont nous avons déjà démontré le manque de fiabilité du à l'effet de la MDL.

En posant comme postulat que les officines les plus rentables se situent systématiquement dans des zones de fort passage ou dans des zones commercialement actives, le principal syndicat de pharmaciens entérine la dérive du mode d'exercice vers un mode de plus en plus commercial.

Pour la FSPF c'est le modèle commercial qui est le plus rentable, alors que, comme nous l'avons montré, c'est le seul modèle qui dépend essentiellement de son environnement et qui possède le plus mauvais rapport ordonnances/ventes avec un rapport 20/80. Nous avons aussi démontré que plus le taux de marge était élevé et plus la valeur de marge moyenne des ventes était faible.

Comme nous l'avons souligné dans les paragraphes précédents, la profession, en se dispensant de créer un indicateur spécifique permettant d'analyser les effets du mélange de 2 marges de nature différente, s'est privé de la possibilité d'une analyse objective de l'économie officinale. La question que nous nous posons est de savoir si la définition d'une rentabilité est attachée à un taux de marge ou une valeur de taux de marge. Ainsi pour les pharmacies jugées « rentables » par la FSPF la valeur ajoutée moyenne apportée par client

ne dépasse pas le plus souvent les 6,50 €, quand pour les pharmacies de quartier ou de banlieue, moins rentable, cette valeur ajoutée peut parfois dépasser les 13 €.

Ainsi avec un nombre identique de clients une pharmacie possédant un taux de marge inférieur pourra dégager une valeur de marge brute bilan d'un montant double de celui d'une pharmacie « rentable » possédant un taux de marge plus élevé. Pour nous il est urgent de revenir à une analyse plus objective de l'économie officinale, pour pouvoir proposer des solutions.

De 2004 à 2008 nos résultats montrent que la rentabilité de notre officine n'a pas cessé de s'améliorer, le modèle libéral rendant indépendant des contraintes commerciales et permettant une maîtrise des frais généraux grâce à un développement axé sur la conservation du panier moyen client. La quasi totalité des pharmacies possédant un modèle de développement proche du modèle libéral que nous avons décrit, voit leur rentabilité s'améliorer régulièrement simplement parce que leur priorité est de satisfaire le malade avant le consommateur.

3e. Le tableau de bord de gestion

Un tableau de bord de gestion comporte des indicateurs permettant de suivre au plus prés la performance économique de son officine. Le principal problème provient de la fiabilité des indicateurs utilisés. Nous avons mis en place notre propre tableau de bord en retenant des indicateurs fiables et facilement contrôlables en prenant en compte la mécanique gérant l'économie officinale.

Le 11 octobre 2010 a eu lieu la 3ème journée de la transaction dont le compte rendu a été publié par le Moniteur des pharmacies dans un supplément en décembre 2010. Lors de cette journée la société KPMG est intervenu sur le tableau de bord de gestion qu'elle préconise (**Biblio** (48) LEROY). Ce tableau de bord nous amène à faire quelques commentaires.

3e.1 1er indicateur : le chiffre d'affaires.

« Le ratio d'évolution du chiffre d'affaires mensuel avec l'année précédente est, sans conteste, le premier indicateur économique de l'officine. Cette information simple indique la tendance de son marché, à comparer avec la tendance nationale » (**Biblio** (48) LEROY).

Nous n'avons pas retenu cet indicateur pour notre tableau de bord, essentiellement parce que l'évolution du chiffre d'affaires, depuis l'apparition de la MDL, la généralisation de la substitution et la sortie des produits de la réserve hospitalière, n'est plus significatif et qu'une évolution positive n'est pas nécessairement synonyme d'une amélioration de la rentabilité. Par exemple une augmentation de chiffre d'affaires avec une diminution du rapport ordonnances/ventes et une évolution du BaroQualité vers 1 signifie une détérioration de sa rentabilité. D'autre part la disparité des économies entre le modèle libéral et le modèle commercial fait que l'évolution du chiffre d'affaires n'a pas la même signification selon le modèle.

3e.2 2éme indicateur : la marge

KPMG conseille de suivre la variation de la marge globalement et par famille de produit. « Si le taux réel s'avère inférieure à celui dégagé en moyenne dans la profession il faut en trouver les raisons » (**Biblio** (48) LEROY).

L'analyse de l'évolution de la marge en pourcentage et en valeur par famille doit permettre de déceler l'émergence de certaines anomalies : erreur sur la valorisation des stocks, démarque inconnue, non respect des conditions commerciales….. (**Biblio** (48) LEROY).

Nous avons abandonné les taux de marges comme indicateurs essentiellement parce que notre économie dépend de 2 types de marges différentes et que nos ventes ont un taux de marge issu de la cohabitation de ces 2 marges. Retenir un tel indicateur montre que les analyses sont faites comme pour n'importe quel commerce, sans tenir compte de la spécificité de la MDL et du fait que la valeur ajoutée des ventes est d'autant plus importante que le taux de marge est faible comme nous l'avons montré.

Nous avons préféré ne retenir comme indicateur que la valeur ajoutée moyenne par produit ou par ventes de façon à pouvoir avoir une analyse objective reposant sur un indicateur unique permettant une comparaison quelque soit le type de marge. C'est l'évolution de ces valeurs ajoutées qui sera représentative de l'évolution de la rentabilité officinale.

Nous avons par ailleurs mis en place un indicateur beaucoup plus représentatif de la rentabilité officinale que le taux de marge bilan: la **V**aleur **A**joutée **A**pportée ou **P**roduite[265] qui correspond à la division de la valeur de la marge brute bilan par le nombre de clients. L'évolution de la **VAA** ou **VAP**[266] permet d'apprécier très précisément l'évolution de la rentabilité officinale

3e.3 3éme indicateur le panier moyen

Ce panier moyen est intéressant et doit être comparé avec la moyenne nationale (actuellement environ 34 €). L'augmentation du panier moyen est, bien entendu, un objectif prioritaire pour la croissance de l'officine (**Biblio** (48) LEROY).

Le **PMC** est un indicateur que nous avons retenu parce que, comme le souligne KPMG, son augmentation est l'objectif prioritaire pour la croissance de l'officine. La progression du **PMC** est significative de la maitrise de sa démarche qualité et de maitrise de la mécanique économique de son officine.

Nos résultats sur 10 ans montrent qu'une partie non négligeable de la progression de notre chiffre d'affaires est due à la progression régulière de notre **PMC**. Cette progression n'a été possible que grâce au maintien ou à l'amélioration de notre rapport ordonnances/ventes.

[265] VAA ou VAP
[266] En fait la rémunération

Comme l'a signalé KPMG en préambule à son exposé sur son tableau de bord, l'économie officinale s'est dégradée de 2004 à 2009. Nous avons précédemment montré que cette dégradation était due à la baisse du rapport ordonnances/ventes signifiant ainsi une baisse du panier moyen client.

Notre **PMC** est d'environ 50 € contre 35 € pour la moyenne nationale.

3e.4 4éme indicateur : la productivité du personnel

Ce ratio est obtenu sous la forme CA HT/frais de personnel (y compris l'exploitant).

Pour savoir si son personnel est productif, il est bon d'avoir quelques repères et moyennes :

- Le CA TTC par équivalent temps plein (ETP) est de 300k€/an
- Les frais de personnels représentent 10,40% du CA HT.

Nous n'avons pas retenu ce ratio pour mesurer la productivité du personnel. Nous avons préféré retenir la valeur ajoutée apportée par client, cet indicateur correspondant pour nous à une mesure plus précise et bien meilleure de la productivité.

Nous arrivons ainsi à une valeur ajoutée apportée par client d'un montant de 12,90 € en 2010 alors que la valeur ajoutée moyenne apportée par client pour la France est proche de 9€ en fonction du **PMC** France annoncé par KPMG. Pour information notre CA TTC par équivalent temps plein est de 600k€/an.

3e.5 5éme indicateur : la performance commerciale de gestion (PCG)

Cet indicateur est un EBE modifié qui n'est obtenu qu'avec le bilan et ne peut donc pas servir à améliorer la performance économique de l'entreprise. Tout au plus peut il servir à ajuster les prélèvements personnels du titulaire.

Nous n'avons pas retenu d'indicateur de type pour notre tableau de bord.

3e.6 commentaires

KPMG parle de ces 5 indicateurs en précisant que ce sont 5 ratios pour un suivi simple et pertinent. Pour nous le seul critère vraiment pertinent des 5 ratios exposés est le **PMC**.

Nous avons expliqué pourquoi précédemment, mais nous sommes relativement surpris que dans un exposé relatif au suivi économique de l'officine, il ne soit jamais fait mention de l'ordonnance et du **P**anier **M**oyen **O**rdonnance. En moyenne l'ordonnance représente 85% des chiffres d'affaires officinaux et le niveau du **PMC** est tributaire du niveau du **PMO**.

Les tableaux de bord proposés par les cabinets comptables peuvent varier en reprenant des indicateurs différents qui ne sont pas toujours pertinents, mais aucun ne permet de comprendre la mécanique économique de l'officine.

Ainsi par exemple le cabinet ArythmA propose de suivre l'évolution du chiffre d'affaires par taux de TVA pour s'assurer que la pharmacie est en phase avec les objectifs d'activité commerciale, alors que nous avons montré que les taux de TVA n'ont aucune pertinence pour un suivi économique du chiffre d'affaires de l'officine (**Biblio** (42) RIVOAL).

Autre indicateur proposé par le cabinet C2C Pharma la composition du chiffre d'affaires 2,10%, ce qui avec la MDL n'apporte aucun enseignement permettant d'évaluer la pertinence de la stratégie de développement (**Biblio** (42) RIVOAL).

C'est surtout l'interprétation des indicateurs qui cause le plus de problème, parce que la méconnaissance de la mécanique économique entraine le plus souvent une mauvaise orientation de la stratégie. Si les indicateurs utilisés ne sont pas suffisamment pertinents, il devient impossible de comprendre les résultats de sa démarche et de déterminer le modèle économique que l'on suit.

Pour notre tableau de bord nous avons mis en place des indicateurs pertinents car ils permettent de déterminer quel modèle économique nous suivons. Ces indicateurs donnent la possibilité de se positionner comparativement par rapport aux moyennes nationales.

Par exemple le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance est un indicateur très fiable et pertinent. Nous avons montré dans nos résultats que le **PMO** était intimement lié à la moyenne d'âge de la fréquentation officinale. Quand le **PMO** d'une officine est très proche du **PMO** France c'est que le ciblage de sa clientèle correspond à la fréquentation moyenne d'une officine française. L'avantage de cet indicateur est qu'il représente le panier moyen vente le plus élevé de l'officine. Posséder un **PMO** de 50 € actuellement signifie que l'officine dispense des produits remboursables avec des pourcentages moyens correspondant aux moyennes nationales. Nul besoin de connaitre la composition du 2,10% comme le propose le cabinet C2C Pharma, un **PMO** identique au **PMO** France signifie que la composition du 2,10% est identique à la composition du 2,10% France. Quelque soit le niveau du **PMO** il suit l'évolution du **PMO** France, ainsi la baisse du **PMO** France en octobre[267] se retrouve dans tous les **PMO** de toutes les officines.

Une évolution de son **PMO** qui serait négative alors que celle du **PMO** France serait positive doit amener le pharmacien à vérifier sa démarche qualité ou à comprendre le pourquoi de la baisse.

Les indicateurs que nous avons retenus permettent la modélisation de l'économie de son officine. Ces indicateurs varient en fonction de la mécanique économique et l'évolution de leur niveau permet de connaitre le modèle économique suivi par l'officine. La modélisation permet, de plus, de simuler les effets d'une possible modification de stratégie.

Utiliser un tableau de bord est indispensable pour une bonne gestion de son officine, encore faut il que ce tableau de bord corresponde à notre activité de professionnel de santé. Les tableaux de bord recommandés par les différents cabinets comptables reprennent in extenso

[267] A cause de la dispensation du vaccin pour la grippe remboursable.

les indicateurs classiques du monde de la distribution ou le développement est axé sur les augmentations de volumes. Indépendamment du fait que ces tableaux de bord accentuent encore plus le virage commercial pris par la profession, ils ne permettent pas de comprendre le fonctionnement de la mécanique économique officinale.

4. Conséquence de l'application d'une démarche libérale sur un modèle libéral commercial

Suite à l'audit que nous avions effectué sur la pharmacie V, et qui nous avais permis d'analyser les conséquences de l'application d'une démarche commerciale sur l'économie d'une pharmacie de quartier, cette pharmacie a été rachetée par la jeune femme qui nous avait demandé conseil.

Convaincu que seul le mode d'exercice libéral lui permettrait d'assurer le développement d'un chiffre d'affaires en régression depuis plusieurs années, cette jeune femme nous a demandé de la former, ainsi que son personnel, pour appliquer, dés la reprise de son officine, notre démarche qualité et de profiter à plein de la mécanique économique que nous lui avions décrit.

N'ayant fait que très peu d'assistanat avant de partir 10 ans à l'étranger, cette jeune femme était un élément idéal pour appliquer notre démarche car elle n'avait aucun a priori. La pharmacie V étant à l'enseigne du groupe PHR, cela nous permettait de plus de vérifier la justesse de notre démarche et la qualité de notre tableau de bord.

4a. gestion de l'image

Souhaitant se rapprocher de l'image de notre officine et annoncer à sa clientèle le changement radical qu'elle entendait donner à la qualité de service de l'officine, notre disciple a pris le parti de modifier profondément l'image par trop commerciale de l'enseigne du groupe PHR.

En une semaine l'image de l'officine a été profondément bouleversée avec la disparition de plus d'un tiers du mobilier et de plus de 40% des référencements. Le résultat a été de retrouver la transparence des vitrines, occultées auparavant par du mobilier et de la publicité, de redonner une clarté à l'offre produits. L'aménagement de la surface de vente a permis de revenir à l'image d'un lieu d'exercice avec la mise en avant des comptoirs et la suppression de tous les présentoirs publicitaires.

La pharmacie V avant la prise de possession : l'entrée

La pharmacie V après la prise de possession : l'entrée

La pharmacie V avant la prise de possession : l'entrée

La pharmacie V après la prise possession : l'entrée

Les photos ci-dessus montrent la modification complète de l'image de la pharmacie V. la suppression de mobilier et la diminution substantielle des référencements à redonner une clarté à l'offre produit et au sens de la démarche.

4b. démarche qualité

En plus de la formation à notre démarche qualité, il a été mis en place un plan de communication destiné à informer les malades de l'amélioration de leur prise en charge avec un commentaire systématique de leur traitement et la mise en place d'un suivi thérapeutique.

D'autre part un listage des différents services fournis par l'équipe officinale est aussi systématiquement rappelé.

Le stock des produits prescrit a d'autre part été revu très nettement à la hausse, de façon à réduire d'une façon drastique les produits manquants et parvenir à ce que nous avons appelé la dispensation zéro défaut.

4c. tableau de bord

La démarche étant libérale avec l'objectif de répondre aux besoins des malades, les indicateurs du tableau de bord devaient évoluer de la façon suivante :

- Le **PMO** devait progresser. Il était à 41,60 € de moyenne à la cession
- Le **PMC** devait progresser. Il était à 35,00 € de moyenne à la cession
- Le rapport ordonnances/ventes devait augmenter. Il était de l'ordre de 62/38 à la cession.
- Le **PMVC**[268] devait progresser. Il était de 8,60 € à la cession
- Le BaroQualité devait se rapprocher de 0. Il était à 0,320 à la cession.

Aucun objectif de temps n'était assigné, seul le sens de l'évolution étant important dans un premier temps.

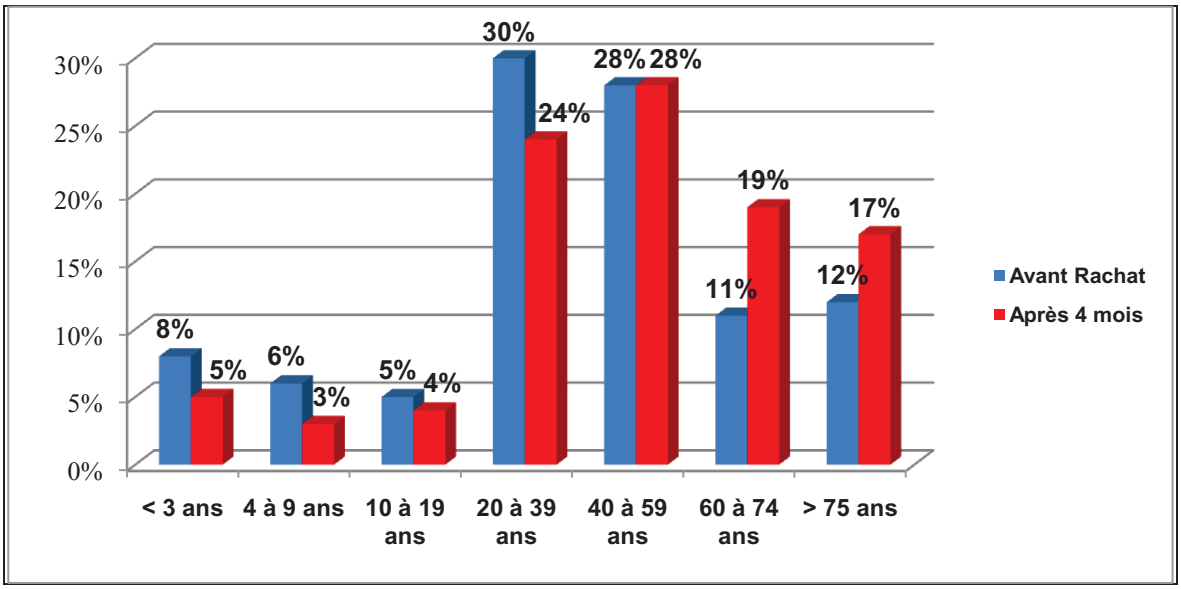
4e. résultats

4e.1 structure de la clientèle

Le principal problème de la pharmacie V, avant sa cession, était que sa vocation commerciale lui avait fait perdre une partie de la population des malades de plus de 60 ans. La mise en place d'un mode d'exercice libéral avec une image en cohérence devait lui permettre de reprendre une partie de la population perdue.

[268] Panier Moyen Vente Comptoir

Tableau n° 93



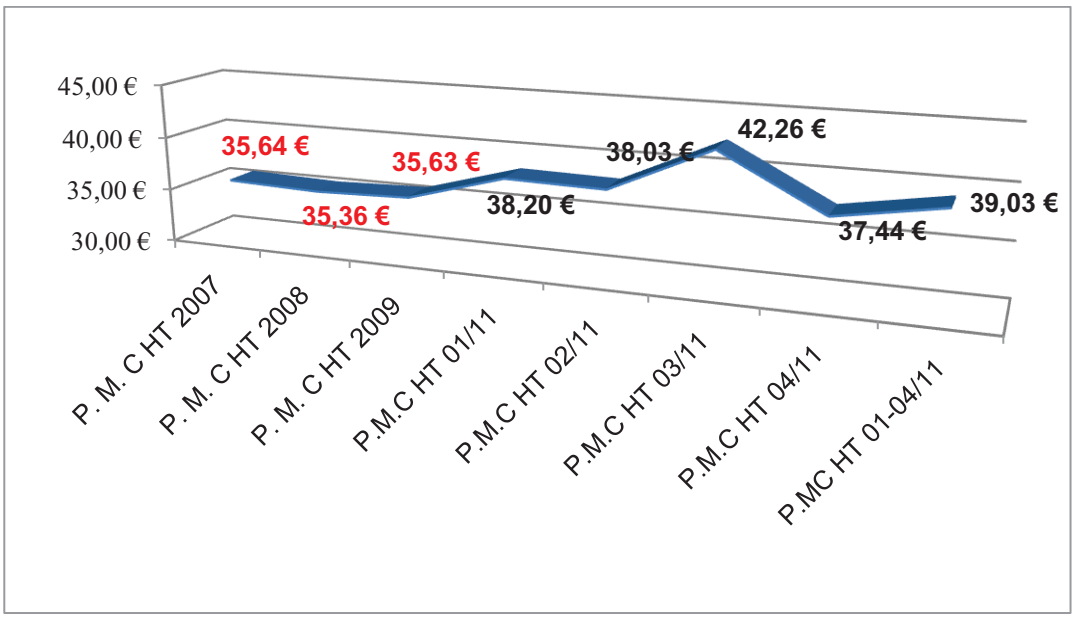
Répartition porteurs d'ordonnances pharmacie V avant et après rachat (Folco Jean-Patrice 2011)

En 4 mois la typologie des porteurs d'ordonnances s'est déjà considérablement modifiée, puisque la tranche d'âge des porteurs d'ordonnances supérieure à 60 ans est passée de 23% à 36%, soit + 56%. Ce résultat est nettement en avance sur le prévisionnel.

Cette modification montre l'efficacité de l'association de la nouvelle image et de la démarche qualité. Ceci montre qu'une démarche qualité libérale permet un ciblage précis de la clientèle et permet une maitrise des trafics. Le **PMO** passe de 41,60 € à 46,60 €.

4e. 2 le **PMC**

Tableau n° 94

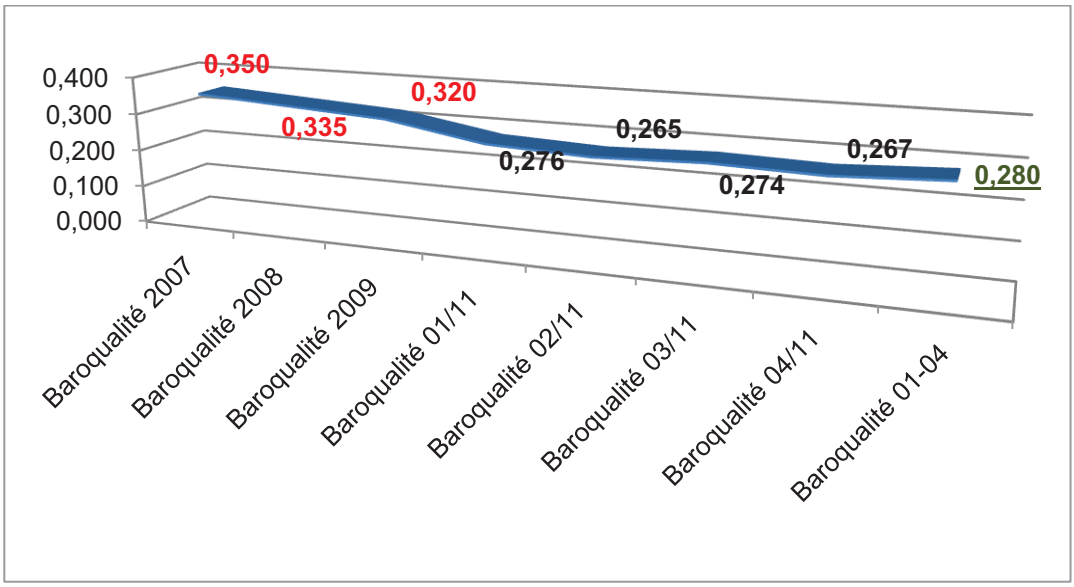


Evolution PMC pharmacie V après rachat (Folco Jean-Patrice 2011)

Alors que le **PMC** de la pharmacie V n'avait pas évolué avec une démarche essentiellement commerciale pendant les 3 ans précédents son rachat, l'adoption d'une démarche libérale a immédiatement fait évoluer positivement le **PMC**. Sur les 4 premiers mois le **PMC** progresse de 10%.

4e. 3 le BaroQualité

Tableau n° 95



Evolution du BaroQualité pharmacie V après rachat (Folco Jean-Patrice 2011)

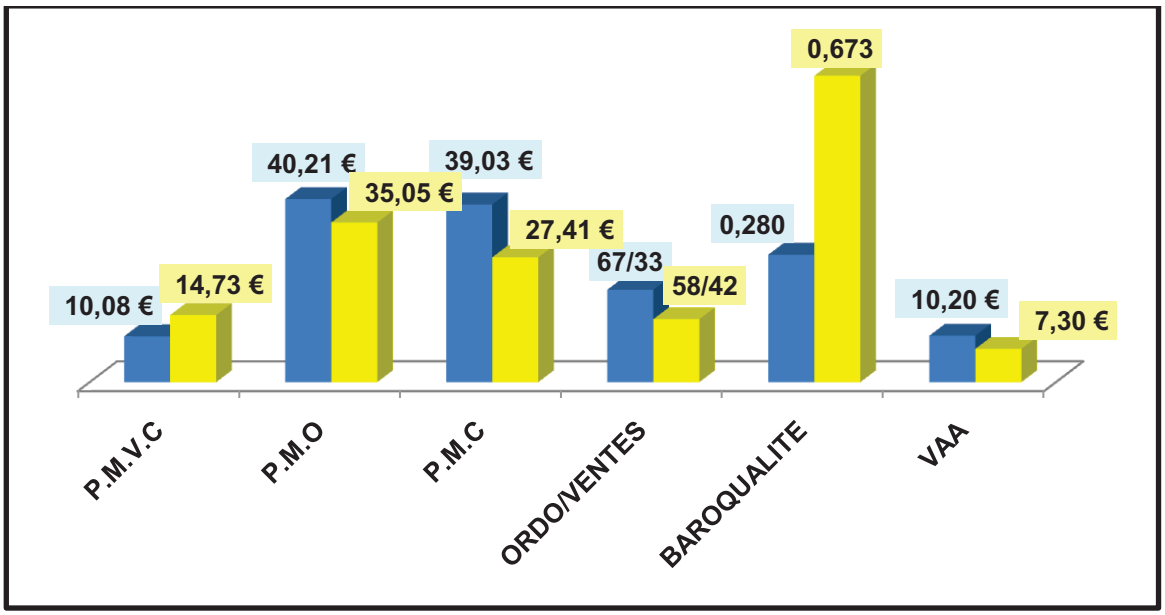
Même si le BaroQualité de la pharmacie V était proche de 0,300 avant rachat, il passe très nettement en dessous des 0,300 dés la prise de possession. La démarche est donc bien résolument libérale et la pharmacie V se retrouve avec un modèle libéral dès la prise de possession.

4e.4 la démarche qualité : clef de la rentabilité

Comme l'évolution des indicateurs de notre tableau de bord le montre, le mode d'exercice libéral améliore la rentabilité officinale. La progression de **V**aleur **A**joutée **A**pportée est estimée au bout de 4 mois à + 10%.

S'étant absentée pour une semaine de congés, notre nouvelle titulaire s'est faite remplacée par une pharmacienne qui a appliqué sa démarche habituelle, sans tenir compte de la démarche mise en place dans l'officine.

Tableau n°96



Comparatif indicateurs pharmacie V remplaçante (Folco Jean-Patrice 2011)

Bien qu'évoluant dans un environnement de travail différent de celui qu'elle fréquentait habituellement, la remplaçante n'a pas cherché à revoir sa démarche, ce qui fait que ses indicateurs personnels sont très éloignés des indicateurs de la pharmacie.

Avec un BaroQualité situé à 0,673, la remplaçante est dans une démarche résolument commerciale, alors que le BaroQualité, 0,280, des 2 préparatrices les situe dans une démarche libérale.

Son rapport ordonnances/ventes est de 58/42, très proche de la moyenne nationale, alors que le rapport ordonnances/ventes de la pharmacie V est de 67/33.

Il s'en suit que bien qu'ayant un **P**anier **M**oyen **V**ente **C**omptoir beaucoup plus élevé que celui de l'officine[269], son **PMC** est inférieur de prés de 30%[270] au **PMC** de l'officine. La conséquence première est que la **V**aleur **A**joutée **A**pportée est bien inférieure pour la remplaçante puisqu'avec une valeur de 7,30 €, elle possède une rentabilité inférieure d'environ 28% à la rentabilité moyenne de l'officine[271].

4f. commentaires

La reprise de la pharmacie V, avec la mise en place d'une démarche qualité libérale associée à une image en harmonie avec cette démarche, montre qu'un titulaire peut modifier la typologie de sa clientèle et améliorer la rentabilité de l'officine.

[269] + 46,13%
[270] - 29,77%
[271] **VAA** officine 10,20 €

Le suivi des indicateurs de notre tableau de bord montre qu'en 4 mois la nouvelle titulaire a modifié la moyenne d'âge de sa clientèle en adoptant un mode d'exercice libéral. L'augmentation de 13% de la tranche d'âge des plus de 60 ans montre que la nouvelle titulaire a fait revenir des malades ayant abandonné l'officine à cause de la démarche trop commerciale de son prédécesseur.

L'amélioration du rapport ordonnances/ventes, ce qui est significatif de l'adoption d'un modèle économique libéral, a permis d'augmenter de 10% le **PMC**[272] qui stagnait depuis 3 ans. Cette augmentation aurait pu être plus importante, mais la baisse du prix de remboursement d'un nombre important de médicaments et l'amélioration de la politique de substitution ont fait que le **PMO**[273] a stagné.

Par contre, malgré la diminution importante de la présentation des produits et des référencements, le **PMVC**[274] progresse de plus de 17% et contribue ainsi à l'amélioration du **PMC**.

Sur les 4 premiers mois la **VAA**[275] a augmenté de 10%, c'est-à-dire que la rentabilité de l'officine s'est améliorée. En abandonnant le modèle commercial suivi par son prédécesseur et en adoptant un mode d'exercice libéral, la nouvelle titulaire a immédiatement stoppé la dégradation économique entrainé par le modèle économique libéral commercial. Ceci montre que c'est bien le modèle économique qui est en cause et non la rémunération.

Le remplacement de la titulaire par un pharmacien appliquant la démarche prônée par les différents acteurs économiques de la profession et formé pour la vente, montre que c'est la démarche qualité qui induit le modèle économique. Le fait que la remplaçante ai appliqué une démarche différente de celle que nous avions mise en place avec la titulaire, nous montre que les résultats qu'elle obtient, s'ils sont comparables aux moyennes professionnelles, s'éloigne des objectifs que nous avions déterminés.

Le fait, par exemple, que le **PMVC** obtenu par la remplaçante soit supérieur de prés de 50% à celui de l'officine, montre le caractère éminemment commercial de l'exercice actuel du pharmacien. Son taux de ventes associées à l'ordonnance atteint seulement 5%, quand dans le même temps celui des 2 préparatrices appliquant la démarche libérale de la titulaire dépasse largement les 40%[276]. La faiblesse de son taux de ventes associées montre qu'en portant son effort de conseil uniquement sur la vente de produits, le pharmacien oublie que la plus grosse partie de son chiffre d'affaires provient de la dispensation d'ordonnances.

L'écart entre les taux de ventes associées montre que c'est en portant son effort de conseil sur la dispensation des ordonnances que le pharmacien améliore ses résultats sur les ventes hors ordonnances.

Avec une **VAA** de 7,30 € contre une **VAA** moyenne de 10,20 € pour l'officine[277], la remplaçante confirme que les modèles libéraux commerciaux ont une rentabilité beaucoup

[272] **P**anier **M**oyen **C**lient
[273] **P**anier **M**oyen **O**rdonnance
[274] **P**anier **M**oyen **V**ente **C**omptoir
[275] **V**aleur **A**joutée **A**pportée
[276] Respectivement 42,20% et 46,43%
[277] Soit un écart de près de 30%

plus faible que les modèles économiques libéraux et que les problèmes économiques rencontrés actuellement par la profession sont bien dus à un problème de modèle et que la MDL n'est pas en cause.

5. Répartition géographique, proximité et monopole

La défense professionnelle est basée sur la défense de la pharmacie de proximité. Dés qu'un problème économique surgit, ou est pris en exemple, la pharmacie de proximité est mise en avant pour défendre un modèle économique dont nous avons démontré qu'il ne lui est pas adapté.

La pharmacie de proximité existe parce qu'il existe une loi de répartition géographique qui a permis d'harmoniser l'implantation des officines en fonction d'un quota de population. Cette répartition a été mise en place pour permettre aux malades d'avoir accès aux médicaments à proximité de leur habitat et éviter la concentration des points de dispensations sur les rues commerçantes de l'époque. Cette pharmacie assure l'essentiel de son chiffre d'affaire avec la mission de santé publique qui lui est assignée.

Disposant d'un chaland captif ne lui permettant pas de se développer autrement qu'en répondant aux besoins des malades et de la population dont elle dépend, la pharmacie de proximité possède un modèle économique qui lui est propre et qui découle d'un mode d'exercice essentiellement libéral.

Le modèle suivi actuellement par la majorité de la profession et encouragé par les groupements et les enseignes, ne prend pas en compte la spécificité économique des pharmacies de proximité qui ne dispose pas d'un chaland suffisant pour se développer uniquement par l'augmentation du volume des ventes.

L'analyse de nos résultats nous a permis de montrer que le développement économique d'une officine de proximité reposait essentiellement sur un ciblage très précis de sa fréquentation, sans chercher à augmenter à tout prix son trafic sous peine d'engendrer une détérioration de son économie.

Les responsables professionnels ne tiennent pas compte de la spécificité des pharmacies de proximité en liant systématiquement le niveau de chiffre d'affaires à la rentabilité : en termes de rentabilité il n'existe pas de taille critique.

La répartition des officines sur le territoire français dépend de leur implantation avant et après la loi de répartition. Cette répartition a été contrariée par les licences dérogatoires à la loi. Ainsi Jean Renard (**Biblio** (4)) a montré qu'il existait plus de 15% des officines dont la licence d'exploitation avait été accordée pour des raisons autres que le niveau de la population.

Nous avons signalé que prés de 1 400 pharmacies se situaient à proximité d'un hypermarché. Nous avons montré par ailleurs que ces officines avaient un modèle économique qui leur était propre : le modèle commercial. La taille de leur chaland, très largement surdimensionné par rapport à la normale, fait qu'elles possèdent une

fréquentation leur permettant d'atteindre des niveaux de chiffres d'affaires importants, les rendant ainsi incontournables aux yeux de ceux qui ont une vision essentiellement capitalistique du métier.

En possédant un rapport ordonnances/ventes[278] inversé par rapport à la majorité des officines, les pharmacies commerciales ont l'obligation d'augmenter leurs volumes de ventes pour pouvoir conserver un minimum de rentabilité. Les augmentations de référencements permettent d'augmenter le nombre des ventes par la captation d'une part supplémentaire du chaland surdimensionné de leur zone commerciale. Ces pharmacies sont donc clairement apparentées à un circuit de distribution et leur mécanique répond essentiellement à la qualité de leur environnement commercial : pour ces pharmacies il ne faut pas confondre emplacement commercial et qualité de la démarche.

Le manque de pertinence des indicateurs économiques utilisés par la profession allié à la méconnaissance des effets de la MDL font que le modèle économique suivi actuellement tend à se rapprocher du modèle commercial des officines qui ne répondent pas à la loi de répartition géographique. Il est alors paradoxal de voir des groupements se féliciter de l'embauche d'un spécialiste de la GMS pour faire fonctionner leur structure alors que dans le même temps ils seraient les défenseurs de la pharmacie de proximité qui est dans l'impossibilité de pouvoir exister en appliquant les stratégies commerciales de la GMS : la disparition d'une grande partie du commerce de détail n'est due qu'à cette raison.

Tant que la profession et ceux qui la conseillent ne parleront qu'en taux de l'économie officinale, il n'y aura aucune objectivité dans les analyses. Ainsi nous avons montré, par exemple, que c'était les ventes qui possédaient le taux de marge le plus élevé qui apportait la valeur ajoutée la plus faible mais aussi que les produits vendus hors ordonnances avaient la moyenne de prix la plus faible, ce qui a pour conséquence première une forte concentration des marchés et de la fréquentation, comme nous l'avons montré dans le paragraphe 3c.

Par exemple la concentration des marchés de la parapharmacie et de l'OTC sur environ 3000 officines, comme évoqué précédemment, fait que la pharmacie de proximité n'est pas concernée économiquement par une éventuelle ouverture du monopole pour l'OTC[279], puisque 20 000 officines ne réalisent pas plus de 20% du C.A total de l'OTC strict[280].

Cette concentration des marchés avec des produits à faible valeur ajoutée sur des officines de taille importante montre qu'il y a une concentration de la fréquentation sur un nombre d'officines restreint. En recoupant les chiffres d'affaires réalisés avec les prix moyens des produits et grâce à la modélisation de l'économie officinale, nous arrivons à la scission des officines en 2 grandes catégories en fonction de leur fréquentation et de leurs chiffres d'affaires.

50% de la fréquentation journalière des officines serait concentrée sur moins de 3 500 officines, les 50% restant se répartissant sur les 19 500 autres.

[278] Les officines commerciales ont un rapport ordonnances/ventes de 20/80 en moyenne
[279] Comme elles n'ont pas été concernées par l'ouverture du monopole pour la parapharmacie
[280] Soit entre 1 et 2% de leur chiffre d'affaires

Les 3 500 officines concentrant les 50% de fréquentation réalisent un chiffre d'affaires moyen d'environ 3 millions d'€ pour une fréquentation journalière moyenne de 450 personnes. Les 19 500 autres officines réalisent un chiffre d'affaires moyen d'environ 1,2 millions d'€ pour une fréquentation moyenne journalière de 85 personnes.

Pour les responsables syndicaux le chiffre d'affaires moyen des officines en 2009 est d'environ 1,5 millions d'€ pour une fréquentation journalière d'un peu plus de 130 clients. Ce chiffre d'affaires moyen n'est pas représentatif de la pharmacie moyenne de proximité.

Pour nous la pharmacie représentative des effets de la répartition géographique est la pharmacie de proximité. Elle a un chiffre d'affaires moyen de 1,2 millions d'€ avec une fréquentation moyenne de 85 clients par jour. Elle fonctionne, malheureusement, avec un modèle libéral-commercial dans la plupart des cas, ce qui provoque une diminution de leur rémunération naturelle et des difficultés économiques, qui augmentent avec l'accentuation du caractère commercial de leur stratégie.

La singularité de notre répartition des officines en 2 groupes bien distincts est que nous répondons aux affirmations des syndicats sur les écarts existants entre officines. S'il existe un écart de chiffre d'affaires moyen important entre les pharmacies possédant un environnement commercial et les pharmacies de proximité, il existe aussi un écart tout aussi important en termes de productivité. Par contre contrairement aux responsables syndicaux nous avons démontré que la rentabilité officinale était dissociée du niveau de chiffre d'affaires et que les officines les plus rentables étaient celles dont le rapport ordonnances/ventes était le plus élevé ce qui est le cas des officines de proximité.

En associant la rentabilité au niveau de chiffre d'affaires parce qu'elle n'utilise pas les bons indicateurs et qu'elle méconnait la mécanique économique, la profession se met dans l'incapacité de proposer des solutions permettant la valorisation notre activité de professionnel libéral et la pharmacie de proximité.

Même s'il est tout à fait légitime de vouloir défendre le monopole du médicament, nous pensons avec les résultats que nous avons obtenus, qu'il serait certainement plus cohérent d'associer la valeur ajoutée de la qualité de notre acte de dispensation à la valeur ajoutée apportée par les ventes. Tant que la valeur ajoutée des ventes hors ordonnances ne permettra pas de couvrir les frais généraux nécessaires à maintenir la qualité de dispensation, nous pensons que l'économie officinale continuera à se dégrader pour ceux qui utiliseront un modèle économique inadapté à leur mode d'exercice.

Ceci veut dire que nous pensons qu'une éventuelle perte du monopole ne serait pas dommageable pour les pharmacies de proximité au vu de la part de chiffre d'affaires qu'il représente dans leur économie. Nous avons démontré que la répartition des marchés fait que les quelques 20 000 pharmacies de proximité ne représentent pas plus de 20% du marché OTC et que, de plus, la majorité des ventes OTC se fait comme ventes associées à l'ordonnance dans ces officines.

Au vu de notre démonstration la mobilisation des pharmacies de proximité pour la défense du monopole ne se justifie pas en termes économiques mais plutôt en termes de principes, alors que celles des pharmacies commerciales se justifie uniquement pour des raisons économiques, la conservation du monopole étant pour elles une question de survie.

Notre propos sur la répartition géographique, la proximité et le monopole se veut être une réflexion sur notre exercice. En montrant l'existence d'une mécanique précise gérant l'économie officinale, nos résultats nous permettent d'affirmer qu'en abandonnant le mode d'exercice libéral pour un exercice plus commercial, les responsables professionnels défendent un modèle économique obsolète depuis l'apparition de la MDL au seul profit d'une minorité de pharmacies.

6. Les prix

Depuis la libération des prix de la parapharmacie et des médicaments non remboursables, la concurrence fait partie à part entière des stratégies de développements. Le niveau des prix est la principale préoccupation de la majorité des groupements et de leurs enseignes. L'apparition de discounteurs dans le paysage de l'officine française a eu un effet économique dévastateur sur les économies des officines ne possédant pas une démarche volontairement libérale. En ignorant les règles économiques les plus basiques, nombre de titulaires accélèrent la dégradation économique de leur officine en alignant leur politique de prix sur celle de leur confrère devenu concurrent.

En ne retenant que des taux pour juger les résultats de leur politique commerciale, nombre de titulaires ne réalisent pas toujours les conséquences économiques de leur choix.

Par exemple lors de la mise en place du libre accès, l'enseigne Pharmavie a lancé une campagne de communication sur la baisse de prix d'un produit OTC de grande notoriété : le NUROFEN. D'un prix moyen de 2,90 €, Pharmavie le propose à un prix public de 1,50 €. La théorie des partisans du développement par l'augmentation des trafics est qu'en maintenant un taux de marge constant la perte de valeur de marge due à la baisse du prix public est compensée par l'augmentation des volumes de ventes.

Avec des volumes d'achat conséquent le taux de marge pour un prix public de 2,90 € peut approcher les 60%. En augmentant les volumes d'achats le taux de remise peut permettre de faire baisser le prix remisé pour pouvoir avoir un taux de marge de 35% avec un prix public de 1,50 €. Si pour faire le même chiffre d'affaires il faut doubler les ventes, pour obtenir la même valeur de marge il faut plus que tripler les ventes dans le cadre de l'exemple que nous donnons.

Indépendamment du fait qu'il est malgré tout difficile de simplement doubler des ventes, le maintien d'une qualité de service fait qu'elle ne peut pas être financée à cause de la baisse de valeur ajoutée du produit. En passant d'un taux de 60% de marge pour un prix de 2,90 € à un taux de 35% pour un prix de 1,50 €, la valeur de la marge par produit est passée de 1,60 € à 0,50 € ce qui montre que la répercussion des remises est logiquement synonyme de perte de marge.

Si une politique de prix agressive est un facteur de développement, beaucoup de stratégie lui attribue la vertu d'attirer les porteurs d'ordonnances sans que cela soit démontrée.

Nos résultats, corroborés aux statistiques, ont montré que ce n'était pas le cas et que l'augmentation de la fréquentation de porteurs d'ordonnances n'était due qu'à l'application d'une démarche qualité ayant comme objectif essentiel la satisfaction des malades.

La profession a bien noté que depuis la libération des prix son mode d'exercice a fait évoluer son modèle vers un modèle de marché, source de distorsion dans les prix publics, ce qui ne serait pas compris par les patients (**Biblio** (1) RIOLI).

D'autre part, toujours dans le rapport RIOLI, la profession signale avoir signé un accord de bonnes pratiques commerciales avec l'industrie pharmaceutique dans le but de faire baisser les prix d'achats des médicaments non remboursables pour arriver mécaniquement à faire baisser les prix publics et harmoniser à la baisse les prix pratiqués dans les officines. Le but étant pour la profession de réduire les écarts de prix entre officines.

En prônant ouvertement de faire baisser la valeur ajoutée apportée par les ventes hors ordonnances, la profession va à l'encontre des intérêts économiques des officines, ce que démontre l'analyse de nos résultats.

La mécanique économique montre qu'une augmentation des ventes grâce à une politique de prix ne peut que modifier le rapport ordonnances/ventes en le faisant baisser, ce qui signifie une baisse du **P**anier **M**oyen **C**lient et une baisse la rémunération. La logique de développement exposé dans le rapport RIOLI ne peut que continuer à affaiblir l'économie officinale.

7. Les enseignes

L'apparition des enseignes dans le début des années 2000 a contribué à renforcer l'approche commerciale de l'exercice du pharmacien et, pour nous, a contribué à accélérer la baisse du rapport ordonnances/ventes et à dégrader le BaroQualité.

« La croix verte n'est plus vecteur de valeur. Le pharmacien doit désormais s'appuyer sur une enseigne qui va lui proposer un concept architectural, des services, du management des équipes, des outils informatiques, une politique d'assortiment, d'approvisionnement…..la publicité va faire la différence entre les enseignes et les services proposés par chacune d'elles ». Ces propos de Guy Leclerc[281] pose le débat de l'utilité des enseignes pour les officinaux professionnels de santé (**Biblio** (49) CARDIN-CHANGIZI).

« Le développement des réseaux sous enseigne correspond à une réitération de l'offre commerciale, en vue de répondre à des besoins de consommation bien identifiés dans des segments de marché. Reste que la première enseigne du secteur de la pharmacie, c'est la croix, qui garantit une pratique professionnelle réglementée». Ces propos de Claude Nègre[282] montrent clairement l'orientation éminemment commerciale des enseignes (**Biblio** (49)).

[281] Président de la FCA (Fédération des enseignes du Commerce Associé)
[282] Maitre de conférences à l'université de Haute-Alsace en master marketing et vente, spécialiste du management des réseaux de commercialisation.

Les enseignes sont l'aboutissement de la politique des groupements et de la vision commerciale de l'exercice que la majorité des pharmaciens ont. Il y aurait actuellement entre 10 et 15% des officines sous enseigne. Dans un dossier spécial agencement, le Moniteur des pharmacies répertorie 18 enseignes différentes (**Biblio** (50) SAUREL).

La principale motivation des pharmaciens qui adhérent au principe d'exercer sous enseigne est de se différencier par les prix et par l'image. Pascal Louis, président du Collectif national des groupements de pharmaciens d'officine souligne, à propos du libre accès : « la volonté ministérielle ne se limite pas à donner la possibilité au patient de se servir lui-même dans des zones de libre accès, celui-ci doit aussi pouvoir comparer les prix. Un vrai travail de fond a été engagé par les enseignes pour que le pharmacien sélectionne des gammes de produits efficaces, et les propose à de vrais prix de marché » (**Biblio** (21)**)**, ce qui veut dire que le médicament en libre accès est ainsi clairement positionné dans un circuit commercial concurrentiel, comme l'avait été la parapharmacie avant l'ouverture du monopole.

L'enseigne est l'aboutissement de la politique commerciale prônée par les groupements, certains groupements comme FORUM SANTE ou récemment GIPHAR ne font plus de distinction entre groupement et enseigne, tous les adhérents sont sous enseigne.

L'apparition des enseignes a exacerbé la concurrence entre les différents acteurs de la distribution de produits de santé et a amplifié l'orientation commerciale des stratégies de développement. Avec l'apparition des enseignes sont arrivés les discounteurs, ce qui provoque généralement un alignement tarifaire sur les produits de parapharmacie ou les médicaments conseils dans leur zone d'implantation. Qu'un Lafayette Conseil ou un Univers Pharmacie s'implante et nombre d'officinaux se sentent agressés et modifient leur politique de prix en conséquence.

Avec les enseignes sont arrivées toutes les pratiques commerciales, associées à un environnement sensé favoriser les volumes de ventes des produits. Le choix des titulaires se portent généralement sur une enseigne pour se différencier de leurs confrères. Nous avons fait le choix, dès 2004, de nous mettre à l'Enseigne[283]. Notre choix a été motivé, à l'époque, par le fait que nous avions trouvé que l'image dégagée était en harmonie avec notre mode d'exercice. 4 ans après nous avons quitté l'Enseigne car le concept avait évolué vers un concept marchand ne correspondant plus du tout à notre mode d'exercice et aux principes éthiques qui avaient servi de base à l'élaboration du concept.

Nos résultats montrent qu'une image forte et uniforme associée à une démarche unique avec des objectifs ciblés donne des résultats économiques positifs mesurables avec des indicateurs pertinents.

Le principe des enseignes s'appuie au contraire sur la diversification de l'image en créant des univers. Ainsi, par exemple, l'enseigne que nous avions choisi a modifié sa stratégie en créant 6 univers avec des codifications couleurs différentes. Si cette option avait été retenue à sa création, nous n'aurions pas fait le choix de cette image car nous n'aurions pas pu continuer à suivre notre démarche qualité et la mécanique économique aurait modifié le niveau des indicateurs dans le sens d'une détérioration économique.

[283] Alphega, devenu très rapidement Alphega Pharmacie

Les résultats de la pharmacie V nous ont montré que la mise à l'enseigne n'apportait pas automatiquement une augmentation de chiffre d'affaires, l'étude des chiffres d'une autre pharmacie ayant pris l'image complète d'une enseigne nous ont montré que les augmentations de volumes se faisaient par l'augmentation des trafics plutôt que par l'augmentation des volumes par ventes, ce qui induit que les enseignes n'amènent pas de notoriété par la qualité des conseils. Par exemple le nombre de produits par vente comptoir était de 2,02 pour l'enseigne et de 1,96 pour la moyenne des pharmacies Françaises.

Autre exemple le nombre de produits par ventes pour le libre accès était de 1,14 pour l'enseigne, identique au nombre de produits par ventes d'OTC pour la moyenne des pharmacies françaises[284].

Nous avons pu constater en étudiant les chiffres de cette pharmacie à l'enseigne, que la politique de prix préconisée par l'enseigne sur la parapharmacie avait permis une augmentation de + de 20% des volumes vendus avec une augmentation de chiffre d'affaires n'atteignant pas les 5%. La valeur de la marge brute de la parapharmacie avait par contre perdu prés de 6 000 € sur l'année après déduction de la remise caisse pour la carte fidélité de l'enseigne. La totalité de nos indicateurs ont montré par ailleurs une perte de productivité due essentiellement à la politique commerciale.

Avec les enseignes est arrivée la communication. Cette communication est à destination des adhérents ou des futurs adhérents et des consommateurs. Si la communication vers les consommateurs pose problème au niveau de l'Ordre des Pharmaciens, celle destinée aux adhérents ou futurs adhérents pose problème par son manque d'objectivité et du manque de pertinence des indicateurs retenus. Par exemple le groupe Plus Pharmacie a gagné avec son enseigne Pharmavie l'enseigne d'Or 2008 de la performance en ayant démontré que son enseigne avait le meilleur chiffre d'affaires au m^2 de toutes les enseignes commerciales[285] participant à ces trophées (**Biblio** (51)). Nous voyons ainsi que la communication des enseignes ne portent que sur le niveau et l'augmentation des chiffres d'affaires (**Biblio** (50) SAUREL).

Les enseignes révèlent la vision capitalistique du métier. Pour beaucoup l'enseigne est un moyen de développer d'une façon rapide son chiffre d'affaires pour réaliser une plus value, la rémunération n'étant plus la priorité. Les politiques commerciales font qu'un même produit peut se retrouver avec des écarts de prix pouvant aller jusqu'à – 40% par rapport à un prix moyen avec des taux de marges variant de 20% à 40% et des valeurs de marge au produit allant de 1 à 3 (**Biblio** (52) RIVOAL).

Les enseignes sont une approche de futures chaines que beaucoup de titulaires appellent de leurs vœux. Beaucoup font référence à ce qui ce passe en Europe où certains pays ont ouvert depuis longtemps le capital des officines. La référence pour beaucoup est la chaine BOOTS, qui pourtant n'a jamais pu s'implanter en dehors du Royaume Uni.

Notre vision personnelle de notre métier où le but de la démarche qualité est la satisfaction des malades n'est pas une vision rétrograde comme on voudrait le faire croire, mais est une vision partagée par un nombre non négligeable de pharmaciens Européens.

[284] IMS Pharmastat novembre 2010.
[285] Tout commerce

Le pays européen le plus libéral en termes de pharmacie est la Hollande avec ouverture du capital, ouverture du monopole, liberté d'installation, ventes par Internet. En quelques années le nombre des pharmacies hollandaises a diminué. De 1 pharmacie pour 3 500 habitants, le nombre est passé à 1 pharmacie pour 9 000 habitants. On pourrait alors croire, en fonction du discours des groupements français, que ce sont les chaines commerciales qui ont la primauté en Hollande.

A l'occasion d'une convention Alphega à Barcelone, nous avons rencontré la présidente des pharmacies Kring en Hollande. Les pharmacies Kring fonctionnent sous forme de chaine virtuelle avec des pharmacies indépendantes. Les objectifs de leur démarche est en premier lieu la qualité de dispensation et la satisfaction des malades. A l'occasion d'une visite nous nous sommes rendu compte que les pharmacies Kring axaient leur développement sur une démarche qualité d'une grande rigueur et que les stratégies commerciales étaient bannies. La pharmacie de la présidente de Kring ne dispose d'aucun espace de présentation de produits accessible aux patients.

Les pharmacies Kring forment la première chaine Hollandaise avec 17% des pharmacies. Elles fonctionnent essentiellement d'une manière éthique et la qualité de leur dispensation leur permet d'obtenir de meilleurs prix de remboursements des médicaments prescrits auprès des assurances. Cette qualité est contrôlée annuellement par la chaine elle-même, et c'est la chaine qui détermine le niveau de qualité auprès des assurances.

Les pharmacies Kring démontrent que dans un environnement livré aux intérêts financiers, il est tout à fait possible d'assurer un développement en s'appuyant sur une démarche essentiellement libérale. Les pharmacies Kring assurent une communication dans les médias, communication portant uniquement sur la qualité de leur prise en charge. Elles sont adossées à une société dont les parts sont détenus par les adhérents et un grossiste répartiteur[286]. Ce grossiste répartiteur est par ailleurs propriétaire de plusieurs pharmacies Kring qui fonctionnent toutes sur le modèle Kring, ce qui montre que les grossistes répartiteurs ne sont pas automatiquement attirés par des pharmacies commerciales.

L'exemple des pharmacies Kring associé à nos résultats nous montre qu'il est tout à fait possible d'assurer son développement en faisant le choix d'une démarche qualité libérale à la condition d'avoir la rigueur nécessaire pour résister à l'attirance des procédés commerciaux.

8. Les regroupements d'officines

Depuis quelques années, une restructuration du réseau a été entamée en offrant les possibilités de regroupements d'officines ou de déplacement de licence d'exploitation.

Si le regroupement d'officines se comprend quand s'il s'agit de regrouper des officines proches, dont les licences d'exploitations sont antérieures à la loi de répartition géographique, il est plus difficile de comprendre un regroupement basé sur le seul fait que les chiffres d'affaires des officines seraient jugés trop faibles.

[286] Alliance Boots

Les regroupements ne sont pas synonymes d'amélioration économique pour l'officine regroupant les 2 chiffres d'affaires. Si le modèle économique suivi par les 2 officines était le modèle libéral commercial classique[287], l'économie de la pharmacie restante ne s'améliorera pas si ce modèle est conservé. Le chiffre d'affaires de la nouvelle entité n'atteint jamais la somme de celui des 2 officines regroupées : d'une part parce qu'il existe un émiettement de la fréquentation non quantifiable sur d'autres officines et que d'autre part la disparition d'une concurrence proche fait que la moyenne du chiffre d'affaires des 2 officines baisse[288].

Il faut aussi tenir compte du taux de fidélisation de la clientèle. Selon l'étude réalisée par FORUM-SANTE (**Biblio** (27) FORUM), 80% des personnes interrogées déclarent n'avoir qu'une pharmacie, ce taux montant à 92% pour les plus de 60 ans. En parallèle le sondage IPSOS réalisé pour l'Ordre des Pharmaciens (**Biblio** (53) IPSOS) montre un taux de confiance important du malade envers son pharmacien. La difficulté majeure pour le ou les titulaires de la nouvelle entité est de rétablir quasiment immédiatement le climat de confiance permettant la conservation des patients, sous peine de les perdre définitivement.

Les regroupements reposent sur l'hypothèse de l'existence d'une taille critique qui permettrait d'assurer la pérennité économique de l'officine restante. Si l'on tient compte du fait que dans la majorité des cas un doublement de chiffres d'affaires s'accompagne d'un quadruplement de la fréquentation[289], ce qui induit une forte perte de productivité, et que les officines de plus 2 200K€ voit leur rentabilité baissée fortement depuis 2004 (**Biblio** (28) KPMG, l'hypothèse de l'existence d'une taille critique est fausse. De plus la forte baisse des prix de ventes des officines de plus 2 millions d'€ en 2009[290] confirme que cette baisse de rentabilité commence à être reconnue, comme est reconnu le fait que la rentabilité d'une officine ne s'établit pas en fonction de son chiffre d'affaires.

Plutôt que de taille critique de chiffre d'affaires il faudrait parler de montant de rémunération critique, c'est-à-dire le montant minimum permettant à la fois la pérennité économique de l'officine et l'indépendance du pharmacien dans l'objectivité de son conseil.

En reposant les regroupements sur ce principe, l'entité unique ne serait plus destinée à faire augmenter artificiellement un chiffre d'affaires, mais un montant de rémunération. Le choix de l'emplacement retenu ne serait plus basé sur la plus grande fréquentation possible mais sur la meilleure rémunération possible. Il s'en suivrait alors une véritable amélioration économique et une meilleure qualité de service pour les malades.

[287] En général la rentabilité du modèle libéral fait qu'une pharmacie suivant ce modèle économique est rarement candidate à ce type de restructuration
[288] Cette baisse de la moyenne est confirmée par l'étude comparative de la densité des officines par habitants et de la moyenne des chiffres d'affaires réalisée par le SUSE
[289] Statistiques IMS Pharmastat et résultat de notre démonstration
[290] - 10 points par rapport à 2008 selon INTERFIMMO

9. Les achats

Les achats sont devenus la principale préoccupation des officinaux. Les programmes informatiques, les groupements, les laboratoires, les répartiteurs tous les partenaires économiques s'occupent de la politique d'achat des officinaux.

L'obtention de remises supplémentaires est la raison principale de l'adhésion du pharmacien officinal à un groupement. La politique commerciale actuelle est de répercuter tout ou partie des remises obtenues pour avoir des prix attractifs dans le cadre de la concurrence nécessaire au fonctionnement d'un circuit de distribution.

En partant systématiquement d'un prix net remisé pour appliquer un taux de marge linéaire constant, les officinaux font baisser la valeur ajoutée moyenne des produits qu'ils vendent au fur et à mesure que le montant de leurs remises augmentent. La perte de rentabilité des officines de plus de 2 200 K€[291] ne peut être expliquée que pour cette raison puisqu'une part très importante de leurs chiffres d'affaires provient de la vente de ce type de produits.

La mise en place du libre accès ne fait que confirmer cette volonté de répercuter les remises obtenues pour faire baisser la valeur ajoutée des médicaments OTC. En réclamant à cor et à cri une baisse des prix d'achats des médicaments OTC de la part des fabricants, nos représentants ne font que réclamer une baisse de la rémunération de notre conseil, puisqu'une baisse de prix de vente à taux de marge constante correspond à une baisse de la valeur ajoutée.

Sans compter que l'obligation d'augmenter les volumes pour compenser cette baisse de valeur ajoutée, va à l'encontre de l'objectivité nécessaire au conseil d'un professionnel de santé libéral.

Cette course aux remises qui caractérise la politique commerciale de notre profession, démontre l'attractivité du modèle libéral commercial. Au niveau économique il n'existe pas d'exemple démontrant que la rentabilité d'une entreprise puisse s'améliorer en axant son développement sur les ventes de produits possédant une faible valeur ajoutée, baissant régulièrement, tout en améliorant la qualité de services.

Ainsi dans la procédure les opposant aux centres Leclerc, Univers Pharmacie et l'UDGPO[292] ont démontré que leurs prix sur la parapharmacie étaient inférieurs de prés de 10% aux prix pratiqués par les parapharmacies Leclerc, qui ont des prix assurant une valeur ajoutée suffisante pour assurer leur rentabilité avec une qualité de service bien inférieure à la qualité de dispensation d'un professionnel de santé (**Biblio** (17) QUOTIDIEN PHARMACIEN).

A titre personnel le fait de quitter notre enseigne, bien que nous soyons à son image, nous a fait perdre environ 300 € de remises annuelles, mais nous a fait économiser plus de 3 000 € de cotisations, ce qui s'est traduit par une amélioration de la rentabilité nette[293] de notre entreprise. Notre politique d'achat n'a pas varié pour autant puisque notre stratégie de

[291] Selon KPMG
[292] UDGPO revendique 7 500 adhérents soit 32% des officines
[293] E.B.E

développement repose essentiellement sur la mise en avant des qualités professionnelles de l'équipe officinale.

La politique d'achat préconisée par les concepts marchands est la principale cause de la dégradation économique de l'officine par le fait que la diminution de la valeur ajoutée qu'elle apporte à l'offre produit. Avec la répercussion des remises sur le prix d'achat, cette politique ne permet plus d'assurer le montant minimum de rémunération nécessaire à la pérennité économique de l'officine parce que les ventes hors ordonnances simples n'apportent pas la valeur ajoutée suffisante pour couvrir les frais généraux qu'elles induisent

Nos résultats montrent que, grâce à la mécanique économique, le développement économique est assuré par l'augmentation du **PMC**. Le niveau du **PMC** étant d'autant plus élevé que le modèle est libéral, c'est la répercussion des remises accordées sur les produits remboursables qui apporte le plus de valeur. Le rapport ordonnances/ventes étant le plus élevé pour le modèle libéral la politique d'achat pour les produits vendus hors ordonnances perd de son importance parce que la majorité de ces produits sont vendus en ventes associées à l'ordonnance.

Nos résultats montrent que l'adoption d'un mode d'exercice libéral amène un modèle économique permettant d'être indépendant de la pression commerciale engendrée par un mode d'exercice plus commercial.

10. Loi HPST, modèles économiques et rapport Rioli

La loi HPST, en donnant une reconnaissance au rôle accompli par le pharmacien de proximité et en lui donnant la possibilité d'accomplir de nouvelles missions, replace le pharmacien dans sa fonction de professionnel de santé libéral.

Le rapport Rioli donne le mode d'emploi de la loi HPST par le pharmacien libéral, et fait tout une série de propositions qui devraient modifier profondément le mode d'exercice actuel de la profession en le rapprochant du modèle de base libéral.

Dans le cadre d'un exercice libéral, comme décrit dans cette thèse, la loi HPST ne fait que confirmer le rôle du pharmacien libéral. Observance, suivi thérapeutique du patient chronique, accompagnement, informations, conseils tout ceci fait déjà partie de l'exercice du pharmacien de proximité dont la majorité des patients sont des malades chroniques.

Le volet économique de ce rapport ne tient compte que d'un seul modèle économique : le modèle libéral-commercial et ne tient pas compte de l'écart important de rémunération entre les modèles.

Comme nous l'avons montré précédemment, les problèmes économiques de l'officine sont plutôt dus au mode d'exercice qu'au mode de rémunération. Pour stabiliser l'économie comme le demande la proposition n°1 du rapport RIOLI, il faudrait, selon nous, préconiser une modification du modèle économique majoritairement suivi actuellement, pour revenir à un modèle libéral, ce qui permettrait d'être en adéquation avec la loi HPST puisqu'il est

annoncé que la concurrence se fera sur la compétence, les connaissances, la qualité de la prise en charge, l'accompagnement et l'accueil.

Une réévaluation de la première tranche de la MDL sera profitable à l'ensemble de la profession, mais ses effets seront difficiles à évaluer pour beaucoup de pharmaciens si le modèle libéral-commercial est conservé du fait de la baisse régulière du rapport ordonnances/ventes et parce la distribution de la valeur ajoutée apportée par la MDL n'est pas linéaire.

« … concernant le médicament remboursable : la rémunération actuelle est un facteur limitant car inadapté aux différentes situations où le pharmacien doit apporter une réponse de professionnel. » (**Biblio** (1) RIOLI) Cette affirmation est le constat d'échec du modèle libéral commercial et surtout confirme que la profession ignore le fait qu'il existe différents modèles économiques.

Dans le cadre d'un mode d'exercice libéral la hauteur de la rémunération est fonction des pathologies lourdes, alors que dans le cadre d'un exercice libéral-commercial le nombre de ces pathologies est insuffisant pour permettre un niveau de rémunération suffisant pour une bonne prise en charge du patient, principalement par manque de temps.

Comme on l'a vu précédemment la concentration du marché de l'OTC fait que la proposition 5 pour la prise en charge de la médication familiale même si elle est étendue à toutes les pharmacies profitera essentiellement aux pharmacies possédant un modèle libéral-commercial ou un modèle commercial. Elle n'aura par contre qu'une faible incidence sur le niveau de rémunération de la grande majorité des pharmacies.

Les propositions économiques du rapport profitent à chacun des modèles économiques d'une façon inégale. Si la proposition n°5 profitera aux modèles économiques libéraux commerciaux et commerciaux, elle est assujettie à l'accord des assurances ou à l'engagement des pharmaciens ou bien encore à l'engagement des clients à qui il sera demandé une cotisation complémentaire. La proposition n°9 visant à financer l'acte du suivi des malades chroniques sera essentiellement profitable au modèle libéral dont la rémunération élevée provient de la prédominance des traitements chroniques[294] dans le nombre total des traitements dispensés.

Proposer un transfert partiel de la rémunération forfaitaire à la boite pour financer une partie de la prise en charge du suivi des patients chroniques, c'est proposer un transfert de valeur ajoutée des pharmacies possédant un modèle libéral-commercial ou commercial vers les pharmacies possédant un modèle libéral. Ce transfert peut s'avérer dramatique pour l'économie, déjà fragilisée, des officines ne dispensant déjà pas suffisamment de traitements chroniques pour compenser la baisse de la faible valeur ajoutée apportée par les traitements occasionnels.

La rémunération apportée par la MDL pour les médicaments les moins onéreux n'a pas été réévaluée en 2004 par son dernier réaménagement, et a même été diminuée avec le PFLSS 2006 et la baisse de prix des princeps du répertoire des génériques, ce qui a entrainé une dégradation économique régulière des pharmacies possédant un modèle libéral commercial.

[294] Nombre d'ALD en particulier

Ce sont ces officines ou les traitements saisonniers ou occasionnels prédominent qui actuellement ne disposent pas d'une rémunération suffisante pour pouvoir assurer une meilleure prise en charge du patient.

Les services avancés à développer ouverts à tous les pharmaciens volontaires peuvent ouvrir droit à une prise en charge, ces services s'adresseront le plus souvent à une population ne souffrant pas de pathologies. Ce sont les pharmacies disposant de la plus grande fréquentation qui seront les mieux placés pour faciliter l'accès à ces services. La rémunération devra être d'un niveau suffisant pour permettre une prise en charge de qualité.

Le plus gros problème des propositions économiques contenues dans le rapport Rioli est qu'elles ne tiennent pas compte ni de la grande disparité existante entre les rémunérations du modèle libéral et des modèles libéraux commerciaux et commerciaux ni des modes d'exercice dont ces modèles dépendent.

Le risque d'une déstabilisation économique d'une partie du réseau est important si un modèle économique de référence, remplaçant l'actuel, n'est pas déterminé avant toute décision remettant en cause la rémunération.

La loi HPST montre les limites actuelles du modèle libéral commercial. De nombreuses enseignes proposent déjà des services comme des consultations diététiques ou des tests d'autodiagnostic en se référant à la loi HPST. Comme tout ce qui est proposé avec le modèle libéral commercial, ces services sont mis en place pour faire augmenter les trafics. Dans l'ambiance concurrentielle actuelle ces services sont proposés gratuitement, il sera alors très difficile de revenir en arrière le jour où il sera possible de les facturer.

11. Le modèle libéral-commercial est il économiquement fiable ?

Le développement des chiffres d'affaires des officines depuis des années a été dopé par les stratégies commerciales mises en place par les pharmaciens. Les stratégies d'enseignes sont efficaces pour augmenter les trafics dans les officines.

Comme pour toute augmentation de trafic, la première conséquence est la baisse du panier moyen client. Cet aspect de l'augmentation de trafic est incontournable et a été évoqué précédemment.

Cette baisse de panier moyen est d'autant plus importante quand l'augmentation de trafic repose sur le développement de l'offre produit et donc de l'augmentation du nombre de références proposées. Si, en plus, il est rajouté une politique de prix plus agressive, cette baisse de panier peut être accentuée.

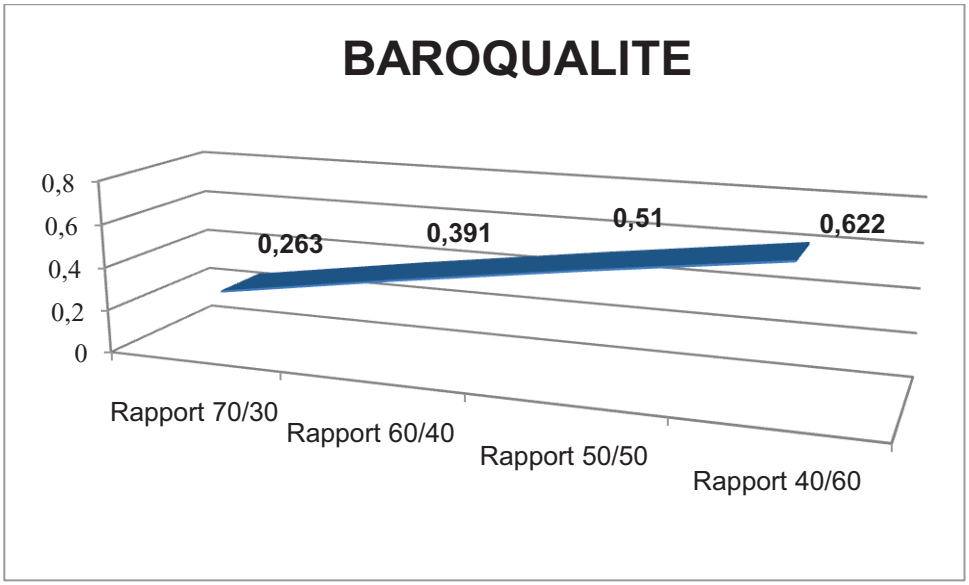
A l'occasion d'un réagencement, d'un passage à l'enseigne ou d'un rachat, le pharmacien est tenté par la stratégie commerciale, qu'il adopte généralement sur les conseils de stratèges ne connaissant pas son métier. Le renforcement des stratégies commerciales

depuis 5 ans avec le renforcement du nombre d'enseignes[295] a modifié l'équilibre général des ventes en officine, ce que nous avons constaté avec la baisse du rapport ordonnances/ventes. Même si ce rapport a baissé, la part de chiffre d'affaires ordonnances n'a quasiment pas varié depuis 2004[296].

La fiabilité économique d'un modèle se démontre par l'amélioration de la productivité associée à l'augmentation de chiffre d'affaires. En adoptant des stratégies commerciales, les titulaires ont développé des ventes déjà faiblement productives[297] et ont donc diminué leur productivité tout en augmentant leur chiffre d'affaires.

Le modèle libéral-commercial n'est pas un modèle économiquement fiable, par le simple fait que la notoriété se développe sur une offre produit concurrentielle. La faiblesse chronique de la valeur ajoutée apportée par ces ventes est encore affaiblie par les stratégies commerciales concurrentielles. Le modèle libéral commercial est structurellement déficitaire par le fait que le rapport ordonnances/ventes est en baisse constante. Les tableaux suivants montrent cet état de fait[298].

Tableau n°97

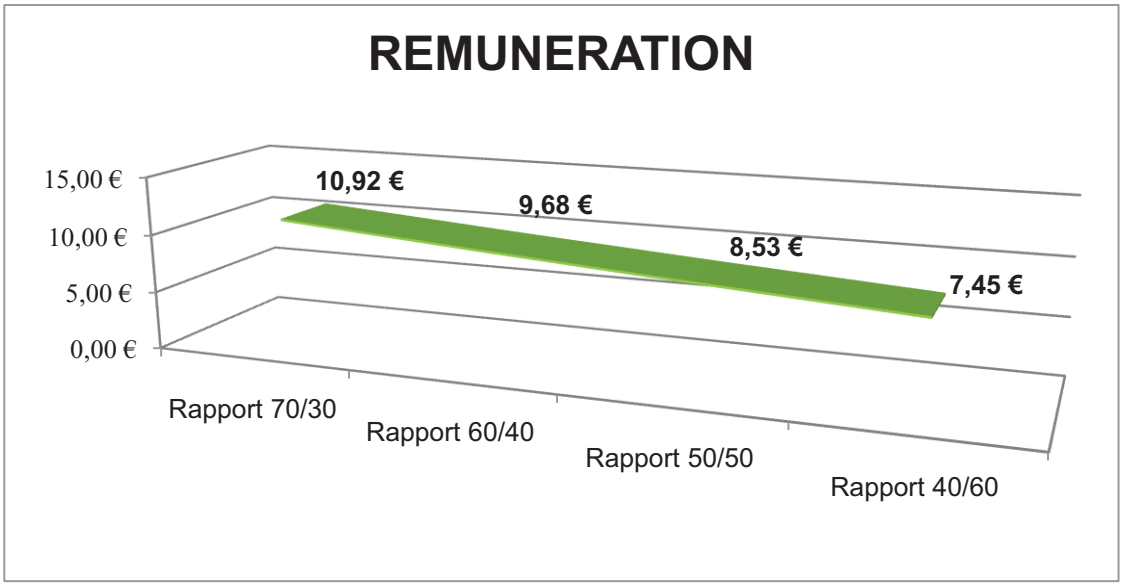


Evolution BaroQualité selon rapport ordonnances/ventes (J.P Folco 2019)

L'indice de suivi de performances, le BaroQualité évolue vers 1 avec la diminution du rapport ordonnances/ventes. Nous avons vu avec nos résultats que cette évolution signifie une diminution de la rémunération.

[295] Les premiers Trophées des enseignes ont été organisés par Pharmacien Manager en 2010, 15 enseignes différentes y ont participé
[296] Statistiques IMS Pharmastat et Santestat
[297] Quand 38% des ventes représentent 15% du chiffre d'affaires elles sont moins productives que les 62% qui représentent les 85% restants, en passant de 38% à 41% et en ne représentant toujours que 15% du C.A elles perdent encore de leur productivité dans le cadre d'un maintien de la qualité de service
[298] Annexe 1

Tableau n°98

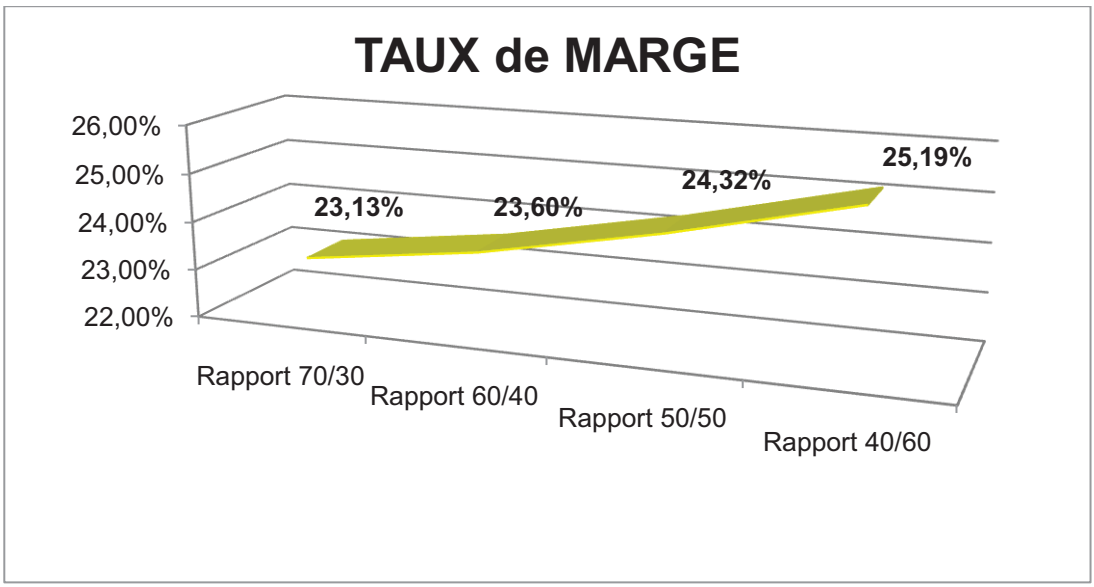


Evolution rémunération selon rapport ordonnances/ventes (J.P Folco 2010)

Avec un **P**anier **M**oyen **O**rdonnance, un **P**anier **M**oyen **V**ente **C**omptoir et un taux de ventes associées à l'ordonnance identiques on voit que la baisse de la rémunération atteint 3,50 € avec le passage du BaroQualité de 0,263 à 0,622.

Le modèle libéral commercial n'est donc pas économiquement fiable du fait de la baisse régulière du rapport ordonnances/ventes, cet état de fait étant de plus masquer par le fait que tous les intervenants économiques ne tiennent compte que des taux. Dans l'exemple retenu le taux de marge augmente concomitamment avec la baisse de la rémunération.

Tableau n°99



Evolution taux de marge selon rapport ordonnances/ventes (J.P Folco 2010)

Le taux de marge gagne 2 points quand la rémunération perd 3,50 €.

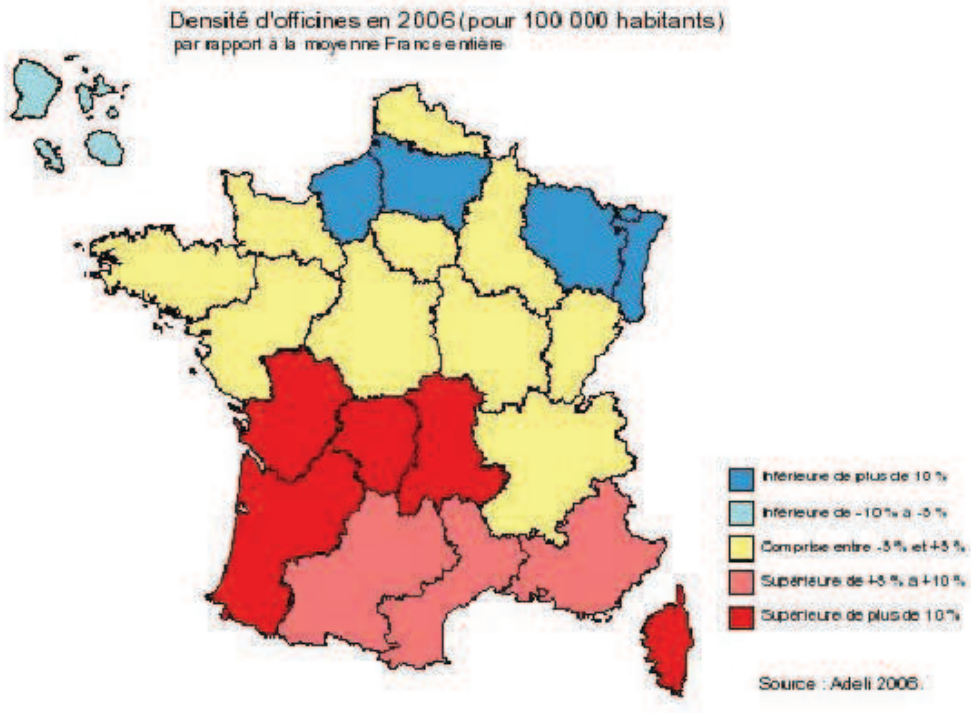
Le modèle économique libéral commercial n'est pas un modèle fiable, car le modèle n'est pas adapté au mode de rémunération. Les difficultés économiques actuelles sont dues à un modèle inadapté illisible d'une façon commerciale du fait d'une rémunération disparate.

12. Macro-économie et modèles économiques

Nos résultats montrent qu'il existe 3 modèles économiques. Nous avons démontré que ces modèles résultaient d'une mécanique économique dépendant de la démarche qualité, de l'image et de l'environnement. La modélisation économique nous permet de comprendre la répartition macro économique des chiffres d'affaires.

Tableau n°3

Carte 1 - Densité régionale d'officines en 2006.


Densité d'officines en 2006 (pour 100 000 habitants)
par rapport à la moyenne France entière
Inférieure de plus de 10 %
Inférieure de -10 % à -5 %
Comprise entre -5 % et +5 %
Supérieure de +5 % à +10 %
Supérieure de plus de 10 %
Source : Adeli 2006

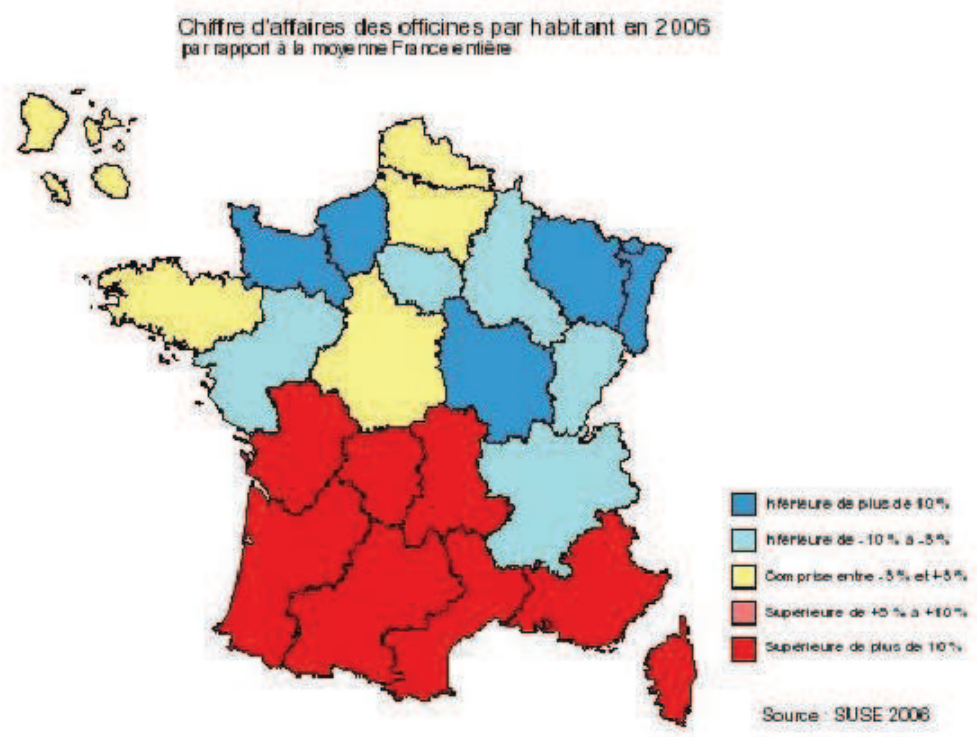
Activités des officines et revenus des titulaires Biblio (9)

La densité des officines augmente du Nord au Sud. Cette disparité dans la densité est même supérieure de plus de 10% à celle des médecins. L'écart de densité peut dépasser les 20%

comme entre les régions colorées en bleu et celles colorées en rouge. Logiquement c'est dans les régions ou la densité des officines est plus faible que la moyenne nationale que les chiffres d'affaires moyens devraient être plus élevés du fait de la faible concurrence et de la fréquentation potentiellement plus élevée.

Tableau n°4

Carte 2 - Disparités régionales du CA des officines par habitant en 2006


Chiffre d'affaires des officines par habitant en 2006
par rapport à la moyenne France entière
Inférieure de plus de 10 %
Inférieure de -10 % à -5 %
Comprise entre -5 % et +5 %
Supérieure de +5 % à +10 %
Supérieure de plus de 10 %
Source : SUSE 2006

Activités des officines et revenus des titulaires Biblio (9)

Toutes les régions qui ont les densités d'officines les plus élevées ont aussi les chiffres d'affaires moyens les plus élevés. Ce sont dans les régions les mieux équipées en officines que les dépenses par habitant sont les plus élevées, ce sont aussi dans ces régions que la densité des médecins par habitant est aussi la plus élevée (**Biblio** (7) COLLET).

Dans la majorité des régions disposant d'une densité officinale correspondant à la moyenne nationale, la moyenne des chiffres d'affaires est inférieure à la moyenne nationale. L'écart de chiffre d'affaires entre la moyenne la plus élevée et la plus faible dépasse les 20%.

On voit donc que la concentration des officines n'influe pas sur le niveau de leur chiffre d'affaires et que la concurrence entre pharmacies n'a pas d'effet négatif sur le développement des chiffres d'affaires

Contrairement à ce que l'on aurait pu croire, le fait pour une officine de pouvoir disposer d'une population plus importante que la moyenne n'est pas synonyme de chiffre d'affaires plus important. Par exemple la Picardie et la Haute Normandie[299] (**Biblio** (54) INTERFIMMO) possèdent 1 pharmacie pour 3000 habitants et leur moyenne de chiffre d'affaires est inférieure de plus de 10% à la moyenne nationale.

Les modèles économiques que nous avons déterminés permettent de comprendre pourquoi il existe une telle disparité dans les chiffres d'affaires. Nous avons vu que le modèle économique majoritaire dans la profession était le modèle libéral commercial. Le développement des chiffres d'affaires se fait avec une démarche ayant pour objectif la satisfaction du consommateur patient et une image commerciale reposant sur une offre produit de plus en plus importante. Ces 2 éléments sur lesquels repose la mécanique économique de la plupart des officines deviennent des constantes pour l'analyse macro économique. Le 3^{éme} élément de la mécanique, l'environnement, devient alors l'élément déterminant du niveau des chiffres d'affaires.

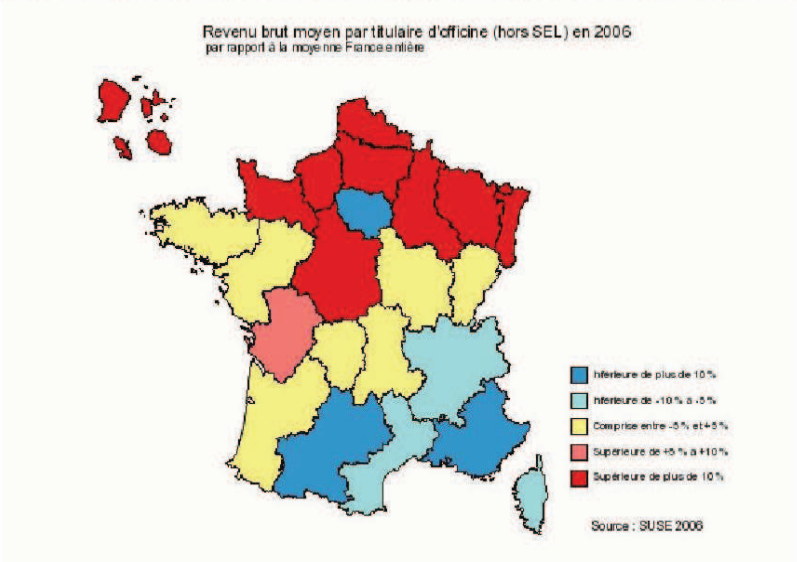
En variant, la densité régionale des officines modifie l'environnement concurrentiel. Plus la concentration des officines est importante et plus la concurrence est importante. On voit bien, que plus la concentration des officines est importante et plus le niveau moyen des chiffres d'affaires est élevé.et que moins la concentration est importante et plus la moyenne des chiffres d'affaires est faible. Ainsi l'Alsace et la Lorraine en possédant la concentration d'officine la plus faible de France à cause de son numérus clausus particulier, possèdent aussi une moyenne de chiffre d'affaires parmi les plus faibles de France.

En élargissant les objectifs de la démarche qualité à la satisfaction du consommateur et en mettant son image au diapason de ses objectifs, le modèle libéral commercial accroit les chiffres d'affaires parce que son développement est assuré par celui des marchés concurrentiels. En macro économie ce constat est très clair.

[299] Pour la première fois depuis 10 ans, la Haute Normandie et la Picardie se situe au dessus de la moyenne nationale pour les prix de ventes en 2009

Tableau n°5

Carte 3 - Disparités régionales des revenus moyens bruts des titulaires (hors SEL) en 2006


Revenu brut moyen par titulaire d'officine (hors SEL) en 2006
par rapport à la moyenne France entière
Inférieure de plus de 10 %
Inférieure de -10 % à -5 %
Comprise entre -5 % et +5 %
Supérieure de +5 % à +10 %
Supérieure de plus de 10 %
Source : SUSE 2006

Activités des officines et revenus des titulaires Biblio (9)

Cette dernière carte montre les disparités régionales des revenus moyens bruts des titulaires en 2006. Les codes couleurs correspondants toujours aux mêmes écarts, on se rend compte que si les chiffres d'affaires progressent en allant du Nord au Sud, pour atteindre un écart de + de 20% entre les plus faibles et les plus forts, les revenus progressent nettement, à l'inverse, du Sud vers le Nord pour atteindre le même écart de +20%. Le revenu brut moyen en région PACA est d'environ 115 000 € pour atteindre prés de 170 000 € en Picardie[300] (**Biblio** (9) COLLET)

L'étude macro économique des revenus des titulaires d'officines montre que les niveaux de revenus ne dépendent pas automatiquement du niveau du chiffre d'affaires. Aucune des régions possédant une moyenne de chiffre d'affaires supérieure de 10% à la moyenne nationale, n'a un revenu brut supérieur à la moyenne nationale sauf la région Poitou Charente qui à un revenu brut moyen par titulaires supérieur de plus de 5% à la moyenne nationale. Par contre la région PACA, dont les prix de ventes des officines sont actuellement les plus élevés[301], est une des 3 régions françaises dont les revenus bruts des titulaires sont les plus faibles de France, revenus inférieurs de plus de 10% par rapport à la moyenne nationale alors que la moyenne des chiffres d'affaires est supérieure de plus de 10% à la moyenne nationale.

Les revenus moyens les plus faibles s'observent dans les régions où il existe un fort niveau de dépenses pharmaceutiques individuelles et une densité d'officines élevée. Ceci confirme donc que la concurrence en s'établissant entre pharmaciens sur des critères commerciaux, fait augmenter les chiffres d'affaires malgré une densité de pharmacies élevée.

[300] En 2009 les pharmacies Picardes ont vu leurs prix de ventes se situer au dessus de la moyenne nationale pour la première fois depuis 10 ans
[301] 100% du Chiffre d'Affaires en 2009 selon INTERFIMMO

Le modèle libéral commercial, en prônant le développement des ventes simples comptoirs à faible valeur ajoutée, provoque une augmentation des chiffres d'affaires mais entraine une diminution de la rémunération comme nous l'avons développé précédemment. Ceci entraine une diminution des revenus à cause de l'augmentation des frais de personnel pour conserver la qualité de services et par voie de conséquence la baisse de l'EBE.

Les revenus bruts les plus élevés se situent dans des régions où la dépense pharmaceutique par habitant est proche de la moyenne nationale (et même souvent plus faible) et avec une densité d'officines nettement ou légèrement inférieure à la moyenne nationale (**Biblio** (9) COLLET). Ceci s'explique par le fait que la concurrence étant moindre, les stratégies commerciales sont donc moins agressives et le modèle économique se rapproche ainsi du modèle libéral où la rémunération est beaucoup plus élevée et entraine donc une augmentation des revenus grâce à un EBE plus élevé.

C'est dans les unités urbaines faiblement peuplées que les revenus individuels sont les plus élevés (155 000 € dans les unités urbaines de moins de 10 000 habitants et 150 000 € pour les unités de 10 000 à 19 999). Plus la taille de l'unité urbaine augmente, et plus le revenu moyen des titulaires diminue (**Biblio** (9) COLLET). La encore c'est la concurrence qui agit en faisant évoluer les modèles vers des stratégies commerciales plus agressives, donc moins rémunératrices dans les unités urbaines de grande taille.

La modélisation de l'économie officinale, que nous avons décrit avec nos résultats, permet d'interpréter les résultats donnés par l'étude du DRESS (**Biblio** (9) COLLET). Le fait que les revenus soient supérieurs à la moyenne pour les moyennes de chiffres d'affaires les plus faibles montre les effets économiques de la MDL et sa redistribution de la valeur ajoutée en fonction du mode d'exercice. Le résultat de cette étude montre aussi que c'est bien le modèle libéral commercial, suivi majoritairement par les pharmaciens, qui est en cause dans la perte de rentabilité des officines.

Cette étude a aussi montré que les inégalités de revenus constatées sont demeurées inchangées par rapport à 2001, ce qui démontre que les stratégies reposant sur les augmentations de volumes n'ont d'effets positifs que sur les chiffres d'affaires au détriment de la rentabilité. Elle montre aussi que la politique de regroupement des officines suivie actuellement n'amènera peut être pas l'amélioration économique espérée si le modèle économique n'est pas revu, l'étude macro économique démontrant clairement que le revenu moyen est d'autant plus élevé que le modèle suivi est libéral.

L'étude macro-économique des revenus moyens bruts des titulaires confirme en tout point nos résultats et le fait que le choix d'exercer avec un mode d'exercice libéral est de loin le plus rémunérateur et par voie de conséquence celui qui permet d'obtenir les meilleurs revenus.

Cette disparité dans les revenus des pharmaciens a été soulevée par le rapport de la Cour des Comptes 2009 (**Biblio** (10)). Si la Cour des comptes a détecté cette différence de revenu, l'interprétation de cette disparité et les solutions qu'elle propose ont provoqué un tollé général dans la profession. Depuis la mise en place de la MDL la profession n'a pas cherché à comprendre le fonctionnement économique de cette marge, elle a continué à fonctionner avec un modèle économique inadapté sans changer ses indicateurs et elle s'est retrouvée sans réponse aux affirmations de la Cour des comptes.

Nos résultats ont montré que la MDL ne distribuait pas la valeur ajoutée des ventes d'une façon linéaire, et que cette valeur ajoutée variait en fonction du modèle économique suivi. Les modèles économiques que nous avons défini nous permettent d'affirmer que les revenus des pharmaciens sont plus élevés pour ceux qui ont fait le choix d'adopter un exercice libéral, ce qui est confirmé en macro économie par le fait que les revenus sont les plus élevés dans les zones ou la densité d'officines est la plus faible ce qui limite la concurrence et évite les dérives commerciales.

La Cour des comptes constate la même disparité que nous, émet des hypothèses et la profession, n'ayant aucune possibilité d'argumenter, crie au scandale. Pourtant à partir de notre démonstration nous pouvons prouver que les hypothèses de la Cour des Comptes sont erronées et qu'elle ne connait pas l'économie officinale.

La Cour prend comme hypothèse de densité officinale la nouvelle loi de répartition du 19 décembre 2007[302] et détermine le surnombre d'officines par région à partir de ces nouveaux quotas[303]. Par rapport au tableau n°3 avec la répartition Adeli des officines, la Cour des comptes trouve logiquement un surnombre plus important dans les régions qui ont une densité officinale supérieure à la moyenne nationale. Elle établit alors un taux de surnombre qu'elle va mettre en corrélation avec les revenus moyens des pharmaciens, le but étant de démontrer que le surnombre est un facteur de coût très important pour les finances de la Sécurité Sociale. On peut simplement noter, d'une façon anecdotique, que selon ses calculs la cour des comptes trouve que Paris dispose d'un surnombre de 364 pharmacies sur un total de 1071 soit 39% en trop, et Bordeaux d'un surnombre de 72 pharmacies sur 143 soit 50% en trop.

A partir de revenus déclarés à la CAVP[304] la Cour des comptes établit une moyenne de revenus par département qui sont affectés de leur taux de surnombre. Elle établit 2 tableaux en prenant les 10 départements ayant la meilleure moyenne de revenus pour le premier tableau et les 10 départements ayant la plus faible moyenne de revenus pour le deuxième tableau. Elle fait alors une moyenne de revenus à laquelle elle affecte le taux moyen de surnombre. Il se trouve que la moyenne des 10 meilleures moyennes a un taux de surnombre de 16,30% et que la moyenne des 10 dernières moyennes a un taux de surnombre de 29,70%.

La conclusion de la Cour des comptes est que le niveau de revenu des pharmaciens est clairement corrélé aux taux d'officines en surnombre et que le dispositif de rémunération de l'officine aboutit à créer des rentes de situation au bénéfice des uns pour préserver les revenus des autres, cela à la charge de l'assurance maladie (**Biblio** (10)).

Même si les niveaux de revenus par département retenus par la cour correspondent en tout point aux disparités régionales relevées sur le tableau n°5, en s'appuyant sur la DCR[305] la Cour des comptes prend le risque de s'appuyer sur des montants de revenus grandement faussés car dépendant du niveau d'endettement des titulaires. Elle commet aussi une grave erreur en confondant rémunération et revenus.

[302] Article 59 de loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007
[303] Titre chapitre I : Un réseau officinal excédentaire au regard de la réglementation. Page 195
[304] Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens
[305] Déclaration Commune de Revenus des professions indépendantes

D'autre part la Cour des comptes retire de ces tableaux les chiffres ne lui semblant pas cohérent avec ses conclusions. Elle retire par exemple le département de la Moselle parce que les officines sont en sous nombre par rapport au quorum appliqué au reste du territoire français et que la moyenne des revenus de ce département, même si elle est importante, n'est pas la plus élevée ce qui bat en brèche la corrélation qu'elle veut démontrer.

Même chose avec les départements franciliens qui, bien qu'ils figurent dans les départements possédant les moyennes de revenus parmi les plus faibles avec un faible taux de surnombre, n'ont pas été retenus parce qu'une étude de l'Ordre des pharmaciens spécifie qu'une pharmacie francilienne ne touche que 40% de la population de sa zone de chalandise[306]. Il est troublant de voir que sont retirés des éléments chiffrés allant à l'encontre des conclusions des auteurs.

La Cour des comptes trouve que la marge accordée au pharmacien sur le médicament remboursable et plus particulièrement pour les génériques est trop importante.

Les auteurs partent d'une règle de base où les prix administrés seraient les Prix Fabricants Hors Taxes[307] sur lequel est appliqué un taux de marge calculé en fonction de la MDL. La compréhension est rendu difficile car la Cour des comptes parle d'un taux de marge de 31,40% pour une valeur de 3,14 € et un PFHT de 10 € quand pour un Prix Public de ventes Hors Taxes[308] de 14,17 € nous parlons d'un taux de marge de 22,15% pour une valeur de 3,14 €.

Pour les pharmaciens le taux moyen de MDL est actuellement de 21%, pour la Cour des comptes ce taux est de 29,40% puisqu'il ne porte pas sur la même base, ceci devrait inciter la profession à ne parler qu'en valeur ajoutée.

Nous n'avons pas compris comment la Cour des comptes pouvait trouver que le taux de marge moyen de la MDL pouvait augmenter en même temps que les prix moyens. Par contre s'il s'agit du taux moyen du médicament remboursable nous sommes en accord puisque le tableau n°7 montre parfaitement l'augmentation de la valeur de la marge avec la baisse des prix du médicament due aux génériques.

Dans sa synthèse la Cour des comptes trouve que la rémunération est très avantageuse, alors que cette rémunération varie fortement en fonction du mode d'exercice. Elle trouve aussi que l'on ne tient pas compte de la croissance des ventes alors que cette croissance est due en grande partie à la politique commerciale des officinaux. Elle trouve aussi que l'on ne tient pas compte de l'augmentation des prix du médicament, alors que ces prix baissent depuis plus de 10 ans avec la politique des génériques, et que les médicaments soumis à MDL augmentent avec les produits sortis de la réserve hospitalière et le glissement des traitements.

Si les recommandations de la Cour des comptes étaient suivies un ajustement des marges aurait pour conséquence la baisse de valeur de la marge. Les officines qui résisteraient le mieux seraient alors celles qui disposeraient de la meilleure valeur ajoutée à l'ordonnance c'est-à-dire celle disposant du meilleur panier moyen.

[306] Aucune référence ne permet de retrouver cette étude
[307] Libellé PFHT
[308] Libellé PPHT

Le principal problème de ce rapport est que s'il trouve une disparité dans les revenus, il associe cette disparité au niveau des chiffres d'affaires, hors le tableau n°4 nous montre que cette disparité n'est pas liée au chiffre d'affaires mais au niveau de rémunération. Nous avons montré que la rémunération dépendait du mode d'exercice. En recommandant une politique de baisse de marge pour favoriser les regroupements la Cour des comptes prend le risque d'une déstabilisation du réseau en favorisant l'émergence de nouvelles officines fragilisées économiquement avec l'utilisation d'un modèle économique inadapté en suivant les conseils de la Cour des comptes sur le développement de l'OTC et de la parapharmacie.

F. Rémunération, revenus, difficultés économiques : synthèse

Il existe un décalage entre la réalité économique de l'officine et sa perception par ses responsables économiques.

L'économie officinale serait au bord du gouffre si on lit le volet économique du rapport Rioli, hors si on lit le rapport des centres de gestion agréés 2009 sur les TPE[309], les officines sont pratiquement les seules entreprises commerciales à avoir progressé en 2009 et les seules entreprises, toutes catégories confondues, à avoir réalisé une augmentation supérieure en 2009 à celle réalisée en 2008. Fanny Rey écrit dans « La Lettre du Pharmacien de France » (**Biblio** (55) REY): «Pour la troisième année consécutive, les pharmaciens ont connu en 2009 une baisse de leur chiffre d'affaires, sa progression avoisinant désormais 1,50%..... ». L'ambigüité de tels écrits, reprenant les déclarations du principal syndicat des pharmaciens[310], montre qu'il existe une interprétation pas toujours objective des chiffres. Dans le cas présent une baisse du taux de progression est assimilée à une baisse de chiffre d'affaires, ce qui n'a pas du tout la même signification.

La densité des officines serait une des causes de leurs difficultés économiques, il faudrait faire des regroupements pour que les officines retrouvent une rentabilité assurant leur pérennité, mais selon le SUSE, les zones ou la densité officinale est la plus importante sont aussi les zones ou les chiffres d'affaires moyens sont les plus élevés.

Toujours selon le SUSE[311] les zones ou les chiffres d'affaires moyens sont les plus élevés sont aussi les zones ou les revenus moyens sont les plus faibles.

A l'inverse ce sont les zones ou la densité officinale est la plus faible et ou la consommation de produits de santé par habitant est la plus faible qui ont aussi les chiffres d'affaires moyen les plus faibles. Ce sont aussi ces zones qui ont les revenus moyens officinaux les plus élevés.

Rapporté à la micro économie officinale, cela veut dire que le revenu du pharmacien ne dépend pas automatiquement de la taille de son chiffre d'affaires. Cette étude du SUSE

[309] Très Petites Entreprises
[310] La FSPF dont le Pharmacien de France est le journal
[311] Système Unifié de Statistiques d'Entreprises

montre qu'on ne peut pas parler de taille critique pour l'économie officinale, mais plutôt de modèle économique adapté, celui suivi actuellement par la profession ne semblant pas répondre à l'activité du pharmacien libéral.

En se dispensant depuis 20 ans de mettre en place un suivi précis des conséquences économiques de la MDL, la profession n'a pas cherché non plus à modifier son discours économique, rendant ainsi très difficile une analyse objective des chiffres fournis. En collant à un discours le plus souvent décalé par rapport à la réalité de la situation, les responsables faussent le jugement de nombreux pharmaciens sur l'appréciation de leur démarche.

De la hauteur de la rémunération dépend le niveau de revenu. C'est dans les endroits ou la concurrence est moindre, que l'influence des ventes comptoirs est la plus faible sur le niveau de la rémunération dans le modèle libéral commercial. C'est aussi grâce à l'effet de la MDL que ce niveau de rémunération est plus élevé dans le modèle libéral. A nombre de ventes égal, une baisse de la valeur moyenne de la MDL correspond à une augmentation du chiffre d'affaires et une augmentation de valeur ajoutée brute. A nombre de ventes égal et à service égal, une baisse de la valeur moyenne de la MDL correspond une augmentation des revenus[312].

La comparaison des taux de marges ordonnances France de janvier 2005 et 2010 et de la valeur ajoutée attachée[313] montrent la difficulté de comprendre le discours des responsables économiques de la profession.

Si le taux de marge ordonnance France baisse de 6% entre janvier 2005 et janvier 2010 la valeur ajoutée progresse de 7,60%. Entre temps les dépenses de produits de prescriptions remboursables ont augmenté avec une baisse du taux de marge moyen de la MDL. La perte de valeur de marge annoncée par les représentants syndicaux ne se retrouve pas au niveau des statistiques micros économiques. Dans le même temps, la consultation des mêmes statistiques montre que la valeur ajoutée moyenne des ordonnances dans notre officine a progressé de 35%, ce qui démontre la disparité qui existe dans la distribution de valeur ajoutée.

L'étude des statistiques IMS montrent que dans le même temps le prix moyen du médicament soumis à la MDL a augmenté de plus de 17%, ce qui démontre que la valeur ajoutée moyenne des médicaments remboursables a progressé moins vite que le prix moyen, sous l'effet de la MDL.

En 2009 la dépense de médicaments remboursables a augmenté de 1,90%[314]. Cette augmentation s'est faite bien que le taux de substitution ait augmenté. La baisse des prix due aux génériques est compensée en termes dépenses par l'augmentation des volumes ou le glissement des prescriptions vers des traitements plus chers. Le générique conservant la valeur ajoutée de son princeps, la valeur ajoutée globale ne peut qu'augmenter, en aucun cas elle ne peut baisser comme notre représentation syndicale l'affirme.

Du fait des déremboursements réguliers, la dépense médicamenteuse remboursable se concentre sur les traitements chroniques. Cette concentration bénéficie essentiellement aux

[312] En faisant abstraction d'augmentation de charges non induites par les ventes.
[313] Statistiques IMS Pharmastat janvier 2005 – janvier 2010
[314] Chiffre CNAM

pharmacies de proximité. On arrive ainsi au paradoxe actuel ou la profession se mobilise pour sauver l'économie des pharmacies de proximité, alors que ce sont les pharmacies disposant de la meilleure rémunération. Seul un modèle économique par trop commercial fait chuter cette rémunération.

Si l'économie officinale va mal, c'est avant tout du au modèle économique utilisé comme nous l'avons développé. La loi HPST ne devrait pas apporter de modification fondamentale dans l'économie de ce modèle, alors qu'elle peut apporter beaucoup pour le modèle libéral.

Il existe un écart de rémunération important entre l'officine de proximité et l'officine commerciale. Cet écart est en faveur de la pharmacie de proximité, contrairement aux idées répandues, et il ne cesse de grandir.

Le fait que la pharmacie de proximité possède la meilleure rémunération avec un modèle libéral, ne veut pas dire qu'elle est protégée des difficultés économiques, même si elle est mieux armée pour résister.

A l'heure ou la question semble se poser pour modifier notre rémunération, peut être serait il temps de mettre à plat l'économie officinale pour comprendre, après 20 ans d'utilisation, comment fonctionne la MDL et de faire des propositions pour favoriser l'économie du modèle le plus apte à assurer la meilleure prise en charge du patient.

Un des principaux enseignements que nous pouvons tirer dés à présent de notre démonstration, c'est que la compréhension économique de notre profession ne peut passer que par la modélisation économique de nos officines, associée avec un changement d'indicateurs.

La revendication actuelle du syndicat professionnel majoritaire est d'obtenir une réévaluation de la MDL, et en l'occurrence une extension de la base de calcul du taux de la première tranche. La modélisation de l'économie officinale montre en premier lieu que les difficultés économiques des officines sont plutôt dues au mode d'exercice qui aboutit à un modèle libéral commercial entrainant une baisse la rémunération.

Une extension de la base de calcul du taux de la première tranche de la MDL, s'il était obtenu, apporterait une augmentation de la valeur ajoutée des ordonnances qui bénéficierait en priorité aux modèles libéraux qui possèdent un panier moyen plus élevé, du à la présence de médicaments plus chers

Dans le cadre d'un modèle libéral l'augmentation de valeur ajoutée profitera intégralement à l'augmentation de la rémunération, dans le cadre d'un modèle libéral commercial cette augmentation, en étant déjà plus faible en valeur, n'améliorera pas automatiquement la rémunération du fait des stratégies de plus en plus commerciales.

En ne prenant en référence que les résultats économiques du modèle libéral commercial prôné par les groupements, les représentants syndicaux courent le risque de voir le résultat de leur négociation ne pas apporter l'amélioration économique souhaitée, simplement parce que leurs critères d'analyses n'ont pas changé depuis la mise en place de la MDL. Par exemple, pour la FSPF[315], le taux de marge réglementée de l'officine est passé de 32,44%

[315] Fédération des Syndicats des Pharmaciens de France

en 1988 à 21,40% en 2010(**Biblio** (56) MICAS), ce qui veut dire que dans ses analyses la FSPF ne tient pas compte de la modification de la nature de la marge intervenue en 1990.

A l'heure ou la loi HPST va apporter plus de libéralité dans notre exercice, il serait temps de prendre la mesure du modèle économique issu de la MDL pour pouvoir poser les bases du futur modèle sur lequel se reposera la loi HPST.

G. Rémunération : un choix stratégique

La loi HPST en redéfinissant le rôle du pharmacien comme un véritable professionnel de santé, qu'il a toujours été, et en lui attribuant de nouvelles missions a posé non seulement le problème le leur financement mais aussi le choix du mode d'exercice.

Dans le rapport Rioli la profession a proposé de modifier la rémunération à la marge des médicaments en la transformant avec une partie à la marge et une autre en honoraire. Logiquement il n'a pas été tenu compte de l'écart existant entre les rémunérations des différents modèles économiques démontrés dans cette thèse, puisqu'ils sont inconnus de la profession et seuls les résultats économiques du modèle libéral commercial ont été pris en compte puisque c'est le modèle prôné par les différents experts conseillant notre profession.

Cette différence de rémunération, notamment pour la rémunération à l'ordonnance, montre que la rémunération à la boite n'est pas mise en cause et n'est pas responsable des problèmes économiques évoqués par les intervenants ayant participés à l'élaboration du rapport Rioli.

Le problème des propositions faites dans ce rapport est, essentiellement, qu'il est très difficile d'imaginer leur impact économique et qu'elles reposent sur des éléments chiffrés qui n'ont pas pu être confirmés par nos recherches pour cette thèse.

Par exemple le nombre d'unités de médicaments AMM remboursables vendu sur l'année 2009 selon IMS[316] est de 2,715 milliards. Selon les chiffres donnés par le rapport Rioli le nombre d'unités de médicaments AMM remboursables vendu sur 12 mois, entre mai 2008 et avril 2009, toujours selon IMS est de 2 462 791 628, soit un écart de près de 10% difficilement explicable parce que les unités de ventes de médicaments AMM remboursables n'ont progressé que de 0,40% en 2009 toujours selon IMS.

La marge pharmacien dégagée pour la période mai 2008-avril 2009 dans le rapport est inférieure de plus de 560 millions d'€ à la marge pharmacien pour l'année 2009, selon IMS dans les 2 cas. Il est alors extrêmement difficile de pouvoir analyser d'une façon précise une situation macro économique sur des bases aussi différentes, l'écart de marge pharmacien étant d'environ 10% en prenant des chiffres issus d'une même source. Par contre, par recoupement la valeur ajoutée moyenne par produit fournie par IMS est une constante dans tous les cas de figures.

[316] Rapport 2009

Aucune indication chiffrée ni aucune méthodologie ne sont décrites dans le rapport Rioli pour expliquer les analyses ayant conduit la profession à proposer une rémunération mixte. La seule indication existante étant que la rémunération à la marge actuelle n'est pas adaptée à l'évolution souhaitée d'une meilleure prise en charge du patient.

La rémunération mixte fait partie de plusieurs possibilités de rémunérations nouvelles, le principal problème étant malgré tout que les possibilités sont limitées du fait de l'encadrement des dépenses de santé. En tenant compte des résultats de notre démonstration et des différents modèles économiques que nous avons définis il est possible de déterminer qu'elle pourrait être la meilleure future rémunération.

1. Les différents types de rémunérations possibles

Chaque type de rémunération sera analysé en fonction des différents modèles économiques que nous avons établis et du surcoût potentiel pour l'assurance maladie.

1a. L'honoraire à l'ordonnance

La loi HPST étant une loi d'essence libérale, la rémunération à l'honoraire serait la plus simple. Le montant de cet honoraire pourrait correspondre à la moyenne de la rémunération actuelle à l'ordonnance soit environ 10,70 €.

Un honoraire de dispensation à l'ordonnance serait préjudiciable à la majorité des officines de proximité qui possède un modèle économique proche du modèle libéral. Un honoraire de ce niveau leur ferait perdre 10% de la valeur ajoutée apportée par les ordonnances, du fait que ce sont elles qui bénéficient des effets positifs de la rémunération actuelle sur le médicament remboursable.

Pour les modèles libéraux commerciaux et commerciaux un honoraire de dispensation de ce niveau permettrait une augmentation moyenne de la valeur ajoutée apportée par l'ordonnance, augmentation pouvant atteindre et même dépasser les 30% de rémunérations supplémentaires.

Pour les comptes de la sécurité sociale un honoraire de ce type serait neutre[317] puisqu'il correspondrait à la moyenne de la valeur ajoutée des ordonnances. Par contre ce type d'honoraire de dispensation à l'ordonnance pourrait s'avérer une source d'augmentation des dépenses de santé avec la multiplication des prises de médicaments avec la même ordonnance.[318] La mise en place d'honoraires supplémentaires pour les différents nouveaux services proposés par la loi HPST accentuerait l'augmentation des dépenses de santé.

[317] Le montant de l'ordonnance étant composé de l'honoraire plus le prix industriel de référence des produits prescrits
[318] La prise fractionnée des produits de l'ordonnance entrainerait une multi facturation de l'honoraire pour une même ordonnance

1b. L'honoraire à la ligne

L'honoraire à la ligne serait du même type que l'honoraire à l'ordonnance. En divisant la valeur ajoutée moyenne[319] apportée par l'ordonnance par le nombre de lignes prescrites l'honoraire serait de l'ordre d'environ 3,50 €.

Cet honoraire de dispensation serait favorable au modèle libéral car la prédominance des traitements chroniques sur les traitements saisonniers ou occasionnels fait que le nombre de lignes prescrites est plus important pour les pharmacies de proximité. Ainsi la rémunération moyenne à l'ordonnance passerait à environ 8,50 € pour les modèles libéraux commerciaux et commerciaux et environ 12,50 € pour les modèles libéraux. Dans le cadre de l'application de la loi HPST ce serait une piste intéressante pour améliorer la rémunération pour le suivi des traitements chroniques du fait que les pharmacies de proximité qui dispensent le plus de prescriptions pour des pathologies chroniques posséderaient déjà une moyenne de rémunération plus élevée.

En partant toujours de moyenne, ce type de rémunération serait aussi neutre pour les comptes de la sécurité sociale[320]. Ce type d'honoraire aurait aussi un avantage, c'est qu'il fixerait le montant d'un honoraire de base correspondant à un acte. Dans le cadre de la mise en place de nouvelles rémunérations il pourrait servir de montant de référence.

Le principal problème de ce type d'honoraire est sa prise en charge par l'assurance maladie, et le fait que des produits non remboursable verraient leurs honoraires de dispensation remboursable. Autre problème, déterminer si les honoraires seraient perçus même si la ligne de médicament n'était pas dispensée.

1c. L'honoraire à la boite

L'honoraire à la boite serait un dérivé de l'honoraire à la ligne. En divisant la valeur ajoutée moyenne apportée par l'ordonnance par le nombre moyen de produits prescrits cet honoraire serait de l'ordre d'environ 2,40 €.

Cet honoraire de dispensation serait aussi favorable au modèle libéral avec une moyenne de rémunération à l'ordonnance dépassant les 13 €, alors que les modèle libéraux commerciaux et commerciaux auraient une rémunération moyenne d'environ 9,50 €. Si la rémunération moyenne à l'ordonnance serait supérieure avec cet honoraire qu'avec la rémunération à la ligne pour les différents modèles, cette rémunération serait encore plus sélective que la précédente pour les modèles libéraux en récompensant les modèles les plus libéraux, c'est-à-dire les titulaires ayant mis en place une démarche qualité libérale ou possédant une officine isolée.

[319] 10,70 €
[320] Le montant de l'ordonnance étant composé de la somme des honoraires perçus plus le prix industriel de référence des produits prescrits

Partant de la même moyenne le coût de cet honoraire serait toujours neutre pour les comptes de la sécurité sociale[321] . Comme pour l'honoraire à la ligne, l'honoraire à la boite aurait l'avantage de fixer un montant d'honoraire de base correspondant à un acte, il pourrait donc aussi servir de référence dans le cadre de la rémunération des nouvelles missions prévues dans la loi HPST.

Comme pour l'honoraire précédent sa prise en charge peut causer problème car il permet le remboursement d'honoraires concernant la dispensation de produits non remboursables.

1d. La rémunération mixte

Cette rémunération retenue par les instances syndicales et commerciales et dont le rapport Rioli fait état, n'est pas décrite clairement. La Belgique vient de mettre en place une rémunération mixte avec une partie marge commerciale et une partie honoraire par boite. Cette rémunération a pu être mise en place parce que les produits possédaient une marge linéaire.

Nous possédons une marge dégressive qui rend quasiment impossible de passer à ce système, le risque étant de ne pas maitriser les résultats économiques car la marge dégressive a accentué les écarts de rémunération entre les modèles économiques.

Le système retenu par la profession serait de conserver la rémunération actuelle à la boite en obtenant une revalorisation puisque, selon leur analyse elle ne permet plus d'assurer une rentabilité suffisante pour les officines, et d'adjoindre des rémunérations à l'acte pour les nouvelles missions prévues par la loi HPST.

Le principal problème est la maitrise des coûts de remboursements. La revalorisation demandée actuellement, qui serait de 300 millions d'€, correspondrait, comme on l'a vu, à une revalorisation de 10 centimes par boites de médicaments remboursables. Le chiffrage d'un honoraire par mission semble complexe, quand on sait qu'un simple honoraire, pour un suivi de traitement chronique par exemple, d'un montant de 1 € par dispensation couterait autour de 400 millions d'€ par an à la collectivité.

La future rémunération proposée par la profession souffre de ne pas pouvoir être chiffrée d'une façon prospective, aucun élément n'étant fourni permettant d'effectuer un chiffrage.

Il serait possible de proposer une rémunération mixte, à la condition de se reposer sur les éléments économiques existants et d'étudier les variations économiques provoquées par la MDL.

Il y a 650 millions de dispensations par an[322], 1,9 milliards de lignes de prescriptions dispensées annuellement pour 3 milliards de produits remboursés. Comme nous l'avons souligné précédemment la principale caractéristique de la MDL, c'est qu'elle fixe la valeur ajoutée des produits qui y sont soumis. L'évolution du taux de marge à la baisse signifie

[321] Le montant de l'ordonnance étant composé de la somme des honoraires à la boite perçus plus le prix industriel de référence des produits prescrits ;
[322] Statistiques IMS Pharmastat

simplement le glissement des prescriptions vers des produits plus chers. Cette baisse du taux de marge moyen de la MDL signifie aussi que la valeur moyenne de la marge des produits remboursables augmente régulièrement. Nous avons montré par ailleurs que la conservation de la valeur de la marge du princeps dans le cadre de la politique du générique faisait que le taux de marge moyen du médicament[323] augmentait régulièrement.

Ces différentes constatations font que la valeur individuelle de la marge des produits remboursables ne varie pas, que la variation des volumes des produits remboursés stagne ou évolue très faiblement et que l'augmentation des dépenses de remboursement médicamenteuses augmentent essentiellement par le glissement des prescriptions vers des produits de plus en plus chers, la sortie des produits de la réserve hospitalière en étant un parfait exemple.

En tenant compte de ces éléments, l'hypothèse de bloquer la valeur ajoutée des produits remboursables à leur niveau actuel est très clairement envisageable. Le blocage des valeurs ajoutées ne modifierait en rien la variation des valeurs ajoutées des ordonnances puisque leurs valeurs ajoutées dépendent du prix de remboursements des produits prescrits. Le suivi de la valeur ajoutée moyenne par ordonnance sur les 10 dernières années montrent que cette valeur n'a pas cessé d'augmenter alors que la valeur de la marge par produits n'a pratiquement pas varié.

Sur les 650 millions de dispensations annuelles, 150 millions sont des dispensations d'ALD. Les ALD sont des dispensations qui ont une rémunération moyenne 2,3 fois supérieure à la rémunération moyenne des autres dispensations. La moyenne des prix de remboursement des produits prescrits pour les ALD sont aussi 2,3 fois supérieur à la moyenne des prix de remboursements des autres prescriptions. La rémunération moyenne de la dispensation dépend donc du pourcentage de dispensation ALD dans le total des prescriptions dispensées[324].

La relinéarisation réclamée, par exemple, par la FSPF, bénéficierait essentiellement à la rémunération de la dispensation des ALD puisque ce sont dans les prescriptions ALD que l'on retrouve les produits les plus chers. L'écart de rémunération entre les dispensations d'ALD et la rémunération des autres ordonnances augmenteraient d'environ 45% si la première tranche de la MDL était relevée à 75 €. La relinéarisation provoquerait donc une redistribution de la valeur ajoutée supplémentaire obtenue sur la seule rémunération des ALD, soit 23% des ordonnances et cela profiterait prioritairement aux officines possédant le pourcentage d'ALD le plus élevé dans leur dispensation c'est-à-dire les pharmacies possédant un modèle économique libéral.

En partant d'une hypothèse ou la valeur de la marge de chaque produit remboursable était fixée, la variation de la valeur globale ne dépendrait plus que des volumes, du glissement des prescriptions vers des traitements plus chers ou aux déremboursements. Pour réajuster la valeur de la marge, il pourrait être institué un honoraire qui serait un pourcentage de la valeur ajoutée des dispensations. L'institution d'un honoraire de ce type associé au blocage de la valeur des marges permettrait de moduler la rémunération ;

[323] Princeps plus génériques
[324] Le pourcentage national est de 23% d'ALD dispensées

En instituant un honoraire représentant 5% de la valeur ajoutée des dispensations[325], on apporterait 350 millions de marge supplémentaires, soit une moyenne de 15 milles € par pharmacie. Cette rémunération comportant une valeur ajoutée fixée par produit et un honoraire variable attachée à la dispensation des ordonnances permettrait un contrôle précis de rémunération. De plus en fixant la marge des produits, la partie variable de cette rémunération mixte est attachée à la dispensation d'ordonnances, c'est-à-dire que le supplément de marge attribuée se répartit prioritairement sur les officines dépendant le plus de la dispensation d'ordonnances.

Par conventionnement il serait tout à fait possible d'aménager un taux d'honoraires en fonction du type d'officines que l'on souhaiterait privilégier. Par exemple en partant d'un honoraire de base de 5% de la valeur ajoutée de dispensation, on pourrait aider spécifiquement les officines de quartier ou rurales connaissant des difficultés en leur accordant un honoraire représentant 10% de la valeur ajoutée. Cet effort pourrait être compensé par la suppression de ce même honoraire pour les officines se développant sur la base d'un modèle commercial.

Notre rémunération actuelle est basée sur une marge, la MDL, qui ne permet plus de revenir à une marge linéaire sans accentuer les écarts de rémunérations que nous avons constatés entre les modèles économiques. Pour éventuellement changer de rémunération et accéder à une rémunération essentiellement par honoraire, le passage par une rémunération mixte comme nous le proposons serait une solution d'attente permettant d'améliorer l'économie officinale des officines possédant un modèle libéral.

1e. Synthèse

En partant de la rémunération moyenne actuelle à l'ordonnance pour déterminer une nouvelle rémunération, on arrive à en déterminer différents types ne provoquant pas de modification dans les dépenses de santé.

En s'appuyant sur les modèles économiques déterminés dans la première partie de cette thèse, on s'aperçoit que seul l'honoraire à l'ordonnance pénaliserait les pharmacies de proximité en leur enlevant une partie de la valeur de leur marge.

La rémunération mixte proposée par la profession semble difficile à mettre en place sans qu'il y ait une redistribution de la valeur ajoutée, comme la proposition sur le réaménagement du forfait par boite le laisse supposer. Notre proposition de rémunération mixte est plus adaptée pour succéder à la MDL tout en respectant l'équité économique entre officines et l'équilibre des comptes sociaux.

Les honoraires à la ligne ou à la boite semblent être les meilleures pistes pour une nouvelle rémunération essentiellement parce qu'elles améliorent dans les 2 cas la rémunération des officines de proximité et qu'elles sont une voie pour permettre aux officines de petite taille de renouer avec une rentabilité leur permettant de retrouver une attractivité pour leur cession.

[325] La moyenne de la rémunération est de 10,70 €

D'autre part ces 2 honoraires en fixant un honoraire de base permettraient de pouvoir appréhender le financement des futures missions prévues par la loi HPST.

La maitrise des dépenses de santé ne permettra certainement pas de financer de nouvelles rémunérations sans un aménagement d'autres dépenses. Dans le cadre de nouvelles rémunérations pour les futures missions des pharmaciens, cet élément est incontournable et va entraver les futures négociations si la profession ne propose pas des solutions financièrement acceptables. Se reposer sur d'hypothétiques économies pour justifier un accroissement temporaire des dépenses, alors que prés de 90% des dépenses médicamenteuses sont causées par les pathologies chroniques, qui, du fait de leur chronicité, augmentent avec le vieillissement de la population, semble aléatoire.

La loi HPST, le pharmacien correspondant, la création des ARS, tout concoure pour une nouvelle rémunération pour le pharmacien. Mais cette nouvelle rémunération ne pourra pas être mise en place sans modifier les équilibres existants entre les professionnels de santé, modifications qu'implique l'application de cette nouvelle loi.

Dans ce cadre il serait peut être plus approprié de proposer une modification de notre rémunération, en justifiant une meilleure prise en charge du patient, en tenant compte de la réalité économique de notre profession et en proposant des possibilités d'économies pour le financement.

L'intérêt est donc de faire le choix d'une nouvelle rémunération permettant à la fois de fixer la rémunération moyenne à son niveau actuel et de rémunérer les nouvelles missions. C'est un choix stratégique car il impose une transformation du cadre des remboursements, et nous redonne le statut de professionnel de santé libéral.

Les résultats de notre démonstration nous ont conduit à choisir l'honoraire à la boite comme possible future rémunération.

2. L'honoraire à la boite : solution pour une rémunération pérenne

Faire le choix de l'honoraire à la boite impose de tenir compte de l'existence de modèles économiques différents puisque cet honoraire pourrait servir de base pour la rémunération des nouvelles missions de la loi HPST. Cette loi en apportant la possibilité d'être de véritables libéraux, pousse à ce que notre rémunération soit essentiellement libérale.

Pour pouvoir avoir une crédibilité comme professionnel de santé libéral, il faut que notre mode d'exercice soit en corrélation avec les missions qui nous seront confiées. Les modes d'exercices étant à l'origine de modèles économiques différents, cette nouvelle rémunération impose une remise en cause du mode d'exercice choisi majoritairement par la profession et qui débouche sur le modèle économique libéral commercial. Cette constatation impose aussi de faire le choix du périmètre d'application de cette nouvelle rémunération.

2a. Le périmètre d'application

Des trois modèles déterminés dans la première partie de cette thèse, seul le modèle commercial ne dépend pas du mode d'exercice mais de son emplacement. Il est quasiment impossible, pour ce modèle, de pouvoir se développer sans utiliser des méthodes commerciales pour augmenter les chiffres d'affaires. D'autre part le niveau de fréquentation moyen de ces pharmacies[326] ne permet pas d'obtenir un niveau de confidentialité suffisant pour permettre une prise en charge libérale du patient. L'aménagement d'espace de confidentialité ne permettra pas d'empêcher de faire évoluer des malades venus se soigner dans des zones prévues pour les faire dépenser, et comment faire comprendre à un malade chronique qui aura été reçu dans un espace de confidentialité pour sa pathologie qu'il sera servi la semaine suivante dans un espace commercial dans le cas d'une pathologie occasionnelle ?

En limitant le périmètre d'application de l'honoraire à la boite aux modèles économiques libéraux et libéraux commerciaux on remet en avant la pharmacie de proximité, et le mode d'exercice libéral. D'autre part la MDL a accentué la différence de rémunération à l'ordonnance entre le modèle commercial et les autres modèles. Cette différence en devenant trop importante montre que les traitements pour pathologies chroniques sont délivrés prioritairement dans les 20 000 officines de proximité. Donc pas de possibilité pour les modèles commerciaux d'accéder à la rémunération à la boite.

Cette limitation du périmètre d'application de cette nouvelle rémunération oblige aussi à réfléchir sur la façon de faire cohabiter 2 types de rémunération sur un même produit : la rémunération à la marge et la rémunération à l'honoraire.

[326] Une moyenne de 45 clients par heure d'ouverture

2b. Honoraire et marge : cohabitation

L'honoraire à la boite devient le mode de rémunération de la dispensation médicamenteuse à l'ordonnance, ce qui pose le problème de la dispensation médicamenteuse hors ordonnance du produit remboursable sans prescription obligatoire.

Dans le cadre d'un honoraire à la boite qui serait fixé à 2,50 €, le montant global de l'ordonnance correspondrait a la multiplication de l'honoraire par le nombre de boites majoré du prix industriel défini des médicaments prescrits.

Le prix du médicament remboursable vendu en automédication serait alors le prix de remboursement applicable aux produits prescrits dispensés par les pharmacies commerciales ne pouvant pas bénéficier du mode de rémunération à l'honoraire. Le prix de remboursement serait identique au prix de remboursement actuel jusqu'à ce que la valeur ajoutée du médicament atteigne 2,50 €, le prix de remboursement serait alors fixé avec le prix fabricant H.T plus la valeur ajoutée de 2,50 €.

2c. Mode d'exercice et nouvelle rémunération

L'accès à cette nouvelle rémunération devrait correspondre au mode d'exercice effectif du titulaire. Cette rémunération correspondant à une activité véritablement libérale, elle serait accessible par un conventionnement proposé par la caisse d'assurance maladie et accepté par le titulaire pouvant démontrer qu'il possède un exercice libéral.

En partant des indicateurs que nous avons retenu pour définir nos modèles économiques, il serait possible de définir des critères de conventionnement comme par exemple le pourcentage du chiffre d'affaires ordonnances dans le chiffre d'affaires total, le rapport ordonnances/ventes ou l'emplacement isolé de l'officine. La nouvelle rémunération devrait permettre d'améliorer l'économie des pharmacies de proximité et donner une réalité économique à l'exercice libéral. Le mode d'exercice serait alors un véritable choix de titulaire. Ce conventionnement pourrait être remis en cause par le fait que le pourcentage du chiffre d'affaires ordonnances passe en dessous d'un seuil indiquant une dérive commerciale du titulaire qui ne répondrait plus alors au mode d'exercice libéral qu'il aurait choisi pour se conventionner.

La loi HPST devrait permettre à la profession de revoir son mode d'exercice et donc son modèle économique pour ne pas rendre cette loi obsolète dés son application. Certains groupements ou autre structure commence à proposer la loi HPST comme un moyen de différentiation et renforcer ainsi l'impact commercial de leur image, ce qui ne correspond pas au sens de la loi voulu par le législateur.

Le gros avantage d'une telle rémunération serait que les officines possédant un faible chiffre d'affaires retrouveraient une rentabilité suffisante pour redevenir attractives.

2d. Fonctionnement

Tableau n°100

BIPRETERAX	22,53 €	4,67 €	20,36 €	2,50 €	20,36 €	2,50 €
RILMENIDINE	8,86 €	2,63 €	8,73 €	2,50 €	8,73 €	2,50 €
VISKEN QUINZE	11,11 €	2,52 €	11,09 €	2,50 €	11,09 €	2,50 €
FENOFIBRATE 200	8,27 €	2,30 €	8,47 €	2,50 €	8,27 €	2,30 €
EFFERALGAN 500 x 5	5x1,74 €	5x0,76 €	5x3,48 €	12,50 €	5x1,74 €	5x0,76 €
DEXTRO-PARACETAMOL x 6	6x2,06 €	6x0,87 €	6x3,69 €	15,00 €	6x2,06 €	6x0,87 €
PARIET 20	35,73 €	6,79 €	31,44 €	2,50 €	31,44 €	2,50 €
GAVISCON SACHETS x 4	4x3,04 €	4x1 €	4x4,54 €	10,00 €	4x3,04 €	4x1 €
Total Remboursable	119,72 €		137,79 €		113,11 €	
Rémunération Pharmacien		**31,93 €**		**50,00 €**		**25,32 €**

La colonne bleue du tableau ci-dessus reprend une ordonnance dont le total remboursable actuel est de 119,72 €, pour une rémunération pharmacien de 31,93 €. Le montant pris en charge par la CPAM est de 74,17 €.

Dans le cadre de l'honoraire à la boite, la même ordonnance pour une pharmacie conventionnée aurait un total remboursable de 137,79 € pour une rémunération de 50 €[327]. Le montant pris en charge par la CPAM serait de 84,10 € en partant sur la même base de prise en charge qu'actuellement (tableau rose).

Pour les pharmacies hors convention honoraire à la boite, le montant de la même ordonnance serait de 113,11 € pour une rémunération de 25,32 €[328]. Le montant pris en charge par la CPAM serait 73,52 €.

L'effet de l'honoraire à la boite se voit clairement sur le montant de la rémunération grâce essentiellement au fait que dans l'exemple choisi des médicaments à faible prix existent. On voit que le prix de remboursement de l'EFFERALGAN serait doublé dans le cas d'un honoraire à la boite, doublement du au montant de l'honoraire. La concentration de la fréquentation fait que les volumes de ventes des produits à faible prix prescrits se retrouvent dans les pharmacies ne pouvant postuler au conventionnement pour l'honoraire à la boite.

L'honoraire à la boite uniformise la rémunération en rémunérant égalitairement la dispensation du médicament. En tenant compte de l'écart de rémunération à l'ordonnance existant actuellement entre les officines concentrant la fréquentation et les pharmacies de proximité, le conventionnement sélectif permet d'améliorer significativement la rémunération des officines de proximité tout en limitant les volumes sur lesquels porteraient l'honoraire.

[327] Colonne rose
[328] Colonne verte

Tableau n°101

Byetta	110,04 €	13,07 €	99,47 €	2,50 €	99,47 €	2,50 €
Metformine	10,51 €	2,98 €	10,03 €	2,50 €	10,03 €	2,50 €
Rasilez 300	24,67 €	5,07 €	22,10 €	2,50 €	22,10 €	2,50 €
Crestor 10	27,86 €	5,67 €	24,69 €	2,50 €	24,69 €	2,50 €
Total Remboursable	173,08 €		156,29 €		156,29 €	
Rémunération Pharmacien		**26,79 €**		**10,00 €**		**10,00 €**

Dans cet exemple de traitement ALD, tous les médicaments ont une valeur ajoutée supérieure à 2,50 €. Avec l'honoraire à la boite le montant remboursable baisse d'environ 10% avec la diminution de la rémunération. La rémunération est identique pour la pharmacie conventionnée à l'honoraire et la pharmacie commerciale. La baisse de rémunération est compensée pour la pharmacie conventionnée par l'amélioration de la rémunération sur les médicaments à faible prix[329] prescrits. Pour les pharmacies commerciales cette baisse de rémunération est compensée par leur faible panier moyen ordonnance du à leur petit pourcentage d'ordonnances pour patients chroniques et par l'augmentation régulière des ventes, conséquences de leur politique commerciale.

L'intégration de nouveaux honoraires dans le cadre de l'application de la loi HPST serait facilitée par l'honoraire à la boite qui servirait d'honoraire de base. Ainsi dans le cadre de l'exemple ci-dessus, un honoraire de suivi de traitement chronique de 2,50 € ferait passer le montant remboursable de l'ordonnance de 156,29 € à 158,79 € et la rémunération à 12,50 €. Cet honoraire ne pourrait être perçu que par les pharmaciens conventionnés à l'honoraire et que s'ils ont été désignés comme pharmacien correspondant par le malade. Dans le cadre d'une telle réforme les titulaires des pharmacies commerciales ne pourraient pas prétendre au statut de pharmacien correspondant du fait de leur impossibilité d'accéder à la rémunération à la boite.

2e. Les services avancés et leurs rémunérations

Le fait de retenir un honoraire de dispensation à la boite pour les produits remboursables et de subordonner son utilisation à un conventionnement permet de retenir l'honoraire à la boite pour le médicament non remboursable dans le cadre de la prise en charge des soins de premier recours et du premier risque pathologique.

La prise en charge du premier risque pathologique fait l'objet d'un conventionnement entre AGF-ALLIANZ et le CNGPO. Cet accord est à l'avantage des pharmacies qui concentrent le marché du médicament non remboursable puisque 80% de ce marché est réalisé par environ 3 000 points de ventes, même s'il est applicable à toutes les pharmacies volontaires.

[329] Comme dans l'exemple précédent

Cet accord pose le problème de l'égalité d'accès au parcours de soin pour tous, et l'honoraire de dispensation à la boite pourrait permettre de rétablir cette égalité en permettant la prise en charge du premier risque pour les malades chroniques fréquentant majoritairement les pharmacies de proximité.

Avec une codification précise de la prise en charge du premier risque, une limitation du nombre de produits conseillé à 2 par exemple[330] et une obligation de l'utilisation de la carte vitale pour bénéficier d'une prise en charge, on peut arriver à faire baisser le coût des pathologies saisonnières en réaménageant le parcours de soin.

L'honoraire à la boite permet au pharmacien d'être un professionnel de santé à part entière rémunéré à l'acte. La dépense de remboursement pour les pathologies saisonnières ou occasionnelles est à plus de 70% due au remboursement des honoraires médicaux. En instituant un parcours de soin ou le pharmacien serait le gestionnaire du premier risque, les dépenses de santé pour ce poste pourraient être diminuées d'une façon très significative.

En limitant la possibilité de prise en charge avec un conventionnement ciblé sur les quelques 20 000 pharmacies ne réalisant que 20% du marché de la médication familiale, en limitant le conseil remboursable aux seuls produits génériques pour éviter toute pression commerciale, les dépenses de remboursement pour le premier risque devrait pouvoir être maitrisées et ce d'autant plus qu'actuellement plus de 80% des dépenses de remboursement médicamenteux pour les pathologies occasionnelles sont concentrés sur les officines qui ne pourraient pas être conventionnées.

La prise en charge du premier risque serait possible dans ces pharmacies avec la généralisation de l'accord signé avec AGF-ALLIANZ par le CNGPO et le coût de remboursement des traitements prescrits ne serait pas modifié du fait de la conservation des prix de remboursements.

Tableau n°102

RHINADVIL	1,97 €	1,17 €	1,97 €
RHINOTROPHYL	2,29 €	1,44 €	2,29 €
Rémunération Pharmacien	**1,65 €**	**5,00 €**	**1,65 €**
Médecin	22,00 €		22,00 €
Remboursement SS Médicaments	1,49 €		1,49 €
Remboursement SS Médecins	13,65 €		**5,00 €**
Remboursement Total pathologie	15,14 €	7,61 €	6,49 €

Dans l'exemple ci-dessus le coût total de remboursement pour la CPAM d'une simple rhinite avec la prescription de 2 produits atteint 15,14 € dont prés de 14 € pour la seule prise en charge de l'honoraire du médecin. En rentrant dans le parcours de soin et avec un conventionnement pour un honoraire à la boite, le conseil du pharmacien libéral pour le premier risque pathologique serait pris en charge à hauteur de 2 produits soit un honoraire

[330] Ce qui donnerait un honoraire remboursable maximum de 5 €

maximum de 5 €. Dans le cadre de cette prise en charge le montant total remboursable pour ce traitement serait de 7,61 € dont 4,95 € serait pris en charge par la CPAM avec un taux de 65%, soit une économie de 10 € par rapport au même traitement prescrit actuellement.

Dans le cas d'une prise en charge identique par l'assurance maladie pour les professionnels de santé à hauteur de l'honoraire maximum du pharmacien, soit 5 €, le coût total pour l'assurance maladie de la pathologie serait ramené à 6,50 € si le traitement était pris dans une officine n'étant pas conventionnée à l'honoraire à la boite et à environ 10 € pour une pharmacie conventionnée.

La rémunération du pharmacien conventionné serait au maximum de 5 € quelque soit le choix du patient. La rémunération du pharmacien non conventionné ne serait pas modifiée. Pour le patient le choix de consulter un médecin en première intention se traduirait par une diminution de sa prise en charge par l'assurance maladie, son choix lui coûtant alors 18 €.

Pour les pharmacies non conventionnées le conventionnement type AGF-ALLIANZ et CNGPO leur permettrait d'offrir le même service que les pharmacies conventionnées.

Les services comme le suivi thérapeutique, les actions d'accompagnement du patient ou l'amélioration de l'observance pourraient être facturé du montant d'un honoraire à la boite et à la condition que le pharmacien soit le pharmacien correspondant du malade, ce qui limiterait son emploi aux réels besoins du patient.

2f. Les services optionnels et leurs rémunérations

Ces services peuvent être rendus par tous les pharmaciens et s'adressent en priorité à des personnes ne souffrant pas de pathologies particulières.

Du fait que 50% de la fréquentation journalière se concentre sur les quelques 3 000 points qui réalisent aussi les 80% du C.A OTC et parapharmacie et qui ne pourraient pas bénéficier de l'honoraire à la boite, la tarification libre de ces services permettraient de compenser l'éventuelle perte de marge due au blocage de la valeur ajoutée des médicaments remboursables à 2,50 € maximum.

Dans le cadre de campagne de prévention ou de dépistage mis en place et pris en charge par la sécurité sociale, les pharmacies disposant de l'honoraire à la boite factureraient le test au prix d'un honoraire, les autres pharmacies seraient rémunérés sur la base d'un forfait négocié avec la caisse.

Les services optionnels pouvant être promotionnés par une communication publicitaire, ils sont en cohérence avec le mode d'exercice actuel des titulaires des pharmacies à grande fréquentation.

2g. Conventionnement et rémunération

La modélisation de l'économie officinale fait comprendre qu'il est impossible de modifier notre rémunération en souhaitant qu'elle soit accessible à toutes les officines. Il faut tenir compte à la fois des écarts de rémunération existant entre officines et de la différence existante entres les économies.

Comme on l'a vu précédemment il existe 2 types d'officines, 1 type d'officines qui réalise un chiffre d'affaires moyen de 1 000 € par heure d'ouvertures avec 45 clients et 1 autre type d'officines qui réalise un chiffre d'affaires moyen de 500 € par heure d'ouverture avec 10 clients. Ces simples chiffres montrent la difficulté d'harmoniser une rémunération en partant d'un écart aussi important et d'économies aussi différentes.

En adoptant une rémunération spécifique comme l'honoraire à la boite pour les pharmacies qui possèdent une fréquentation moyenne de 10 personnes par heure, on améliore une rémunération déjà relativement élevée par rapport à la moyenne, mais on prend en compte la qualité de prise en charge existante et la proximité.

Pour l'autre type de pharmacies accéder à une rémunération à l'honoraire à la boite, permettrait d'améliorer leur économie, mais la rémunération ne correspondrait pas à la même qualité de service, avec une fréquentation 4,5 fois supérieure, que le premier type d'officine. D'autre part le gain de valeur ajoutée serait très pénalisant pour les dépenses de l'assurance maladie et le choix de la stratégie de développement ne leur permet pas de maitriser leur trafic.

En associant cette rémunération à un conventionnement, on garantit la qualité de service nécessaire à l'exercice libéral. En contrôlant l'accès et la continuité à la rémunération, le conventionnement donne au malade la garantie d'un bon suivi thérapeutique.

2h. Rémunération et économies

En proposant une rémunération à l'honoraire à la boite, on peut montrer les économies induites par ce nouveau type de rémunération.

Proposer un conventionnement basé sur des critères précis pour pouvoir bénéficier de la nouvelle rémunération, limiterait le nombre d'officines bénéficiaire. Ainsi exclure de ce conventionnement les pharmacies commerciales qui concentrent la moitié de la fréquentation journalière, interdit une dérive dépensière provoquée par la facilité d'accès aux produits de consommation.

L'économie de ces pharmacies est préservée parce que leur rémunération dépend du chaland et du volume des produits hors prescription qu'elles vendent.

En liant la prise en charge du premier risque avec un honoraire maximum de 5 €, avec un niveau de prise en charge de remboursement de première intention du même montant, on uniformise la prise en charge du premier risque quelque soit la filière choisit par le patient.

Le coût actuel de la prise en charge par l'assurance maladie du premier risque est majoritairement du au remboursement des honoraires médicaux[331]. En optant pour une rémunération libérale de l'acte de dispensation pharmaceutique, on permet de mettre sur un pied d'égalité l'acte de prise en charge du premier risque quelque soit la filière choisie par le malade.

Le fait de ramener le montant de prise en charge par l'assurance maladie de l'honoraire médecin au montant de l'honoraire maximum du pharmacien pour le premier risque, permettrait d'induire plus de 1 milliard d'€ d'économie quasi immédiatement sans toucher à la rémunération du médecin qui pourrait voir son honoraire être réévalué au vu des économies réalisées.

En tenant compte qu'actuellement le marché de la prescription occasionnelle ou saisonnière est majoritairement détenu par les pharmacies ne pouvant pas accéder à la future rémunération, le montant remboursable des médicaments prescrits pour les traitements concernant le premier risque ne serait quasiment pas modifié.

En proposant un honoraire à la boite, en conditionnant cet honoraire à un conventionnement lié à un mode d'exercice clairement défini, en démontrant qu'un tel honoraire induirait des économies conséquentes permettant un réaménagement des dépenses de santé, la profession redéfinirait le parcours de soin ou le pharmacien libéral aurait toute sa place.

Une telle proposition permettrait de plus, grâce à la fonction de pharmacien correspondant, de remédier en partie à la désertification médicale et autoriserait la possibilité de faire des économies sans toucher à la rémunération du pharmacien conventionné.

2i. Législation, déontologie et nouvelle rémunération

L'honoraire à la boite a l'avantage de répondre exactement aux conditions d'exercices du pharmacien professionnel libéral. En optant pour une rémunération libérale sélective, la profession pourrait évoluer dans le sens souhaité par chaque titulaire.

Adapter la rémunération au mode d'exercice est une solution permettant à la fois de respecter le code de déontologie, l'éthique et le rôle de santé publique tout en autorisant le pharmacien de pouvoir s'orienter vers le mode d'exercice de son choix.

En adoptant, par exemple, un exercice libéral, le titulaire pourra obtenir une rémunération répondant parfaitement à son rôle de professionnel de santé, préservant son économie, la valeur de son fonds et le maillage territorial nécessaire à la qualité de service due au malade.

En adoptant un exercice commercial, le titulaire pourra faire face à la concurrence des autres circuits de distribution, lutter à armes égales en communicant sur les services proposés aux consommateurs tout en assurant une qualité minimum à la dispensation médicamenteuse. En n'ayant pas accès au mode de rémunération à l'honoraire, comme au fait de ne pas

[331] Prés de 70% du coût global des traitements

pouvoir être pharmacien correspondant, l'exercice sous enseigne serait avantagé par le fait que la communication serait libérée et qu'elle ne permettrait pas d'attirer des malades attachés à leur pharmacien de proximité libéral.

2j. Mise en place

La mise en place de la rémunération pourrait se faire sur une année. Durant cette année seuls les titulaires exerçant d'une façon libérale, étant isolés ou n'ayant pas de prescripteurs pourraient accéder à un conventionnement spécifique reprenant les bases décrites précédemment.

Durant cette année les prix de remboursements ne seraient pas modifiés de façon à ce qu'aucune économie ne souffre de la mise en place de cette nouvelle rémunération et que chaque titulaire puisse adapter son exercice pour un futur conventionnement s'il le souhaite.

En libérant concomitamment la communication pour les enseignes et les groupements, cela permettrait aux pharmaciens exerçant sous un mode d'exercice commercial de prendre leurs marques économiques sur un futur blocage à un maximum de 2,50 € de la valeur de la marge du médicament remboursable.

Dans le même temps et pour éviter une augmentation des dépenses de remboursements, la mise en place de la prise en charge généralisée à 5 € de l'honoraire pour le premier risque par l'assurance maladie permettrait de faire fonctionner immédiatement le nouveau parcours de soin.

Le surcoût éventuel de cette mise en place serait largement compensé par les économies réalisées durant les années suivantes.

3. Conséquences économiques de l'honoraire à la boite

La mise en place d'une rémunération spécifique en fonction du mode d'exercice et du modèle économique qui en découle ne modifierait pas les équilibres économiques existants actuellement dans la profession, l'honoraire à la boite ne modifiant que très peu l'écart de rémunération existant actuellement entre les modèles économiques.

3. a. L'économie du modèle libéral

L'honoraire à la boite donnerait une sécurité économique supplémentaire aux officines suivant un modèle libéral. Possédant déjà la meilleure rémunération à l'ordonnance, le

modèle libéral pourrait être choisi plus facilement par le titulaire souhaitant maitriser le fonctionnement de son outil de travail.

Le seul problème économique que pourrait rencontrer une officine disposant d'une rémunération à l'honoraire serait un déconventionnement du à une dérive trop commerciale de l'exercice faisant passer le chiffre d'affaires ordonnance en dessous du seuil établi préalablement au conventionnement.

3. b. L'économie du modèle libéral-commercial

Le modèle libéral commercial est le modèle le plus utilisé par la profession, c'est aussi le modèle qui est la cause des difficultés économiques actuelles du monde officinal. Le passage à la rémunération à l'acte serait avant tout un choix de son mode d'exercice par le titulaire, choix entériné par une convention avec la Sécurité Sociale.

Comme nous l'avons montré le modèle libéral commercial est la conséquence d'une dérive commerciale de notre exercice, revenir à un exercice plus libéral ne devrait causer aucun problème surtout si la conséquence est une amélioration économique.

Le fait d'avoir l'obligation de faire le choix de son mode d'exercice pour accéder à une rémunération devrait améliorer la prise en charge des malades et surtout devrait élever son niveau global. Le principal problème pour le titulaire étant de faire un choix lui permettant d'assurer l'avenir et la pérennité économique de son officine.

Malgré tout le choix d'une rémunération à l'honoraire avec une modification de son mode d'exercice permettrait de restaurer l'économie de beaucoup d'officine disposant d'un modèle libéral commercial. L'intérêt de la modélisation de son économie devient, dans ce cas, primordial pour effectuer le bon choix.

3. c. L'économie du modèle commercial

Comme on l'a vu précédemment les officines disposant d'un modèle commercial ne pourrait pas accéder à la rémunération à l'honoraire.

Le fait de faciliter leur communication envers les consommateurs, permettrait à ces officines de continuer la politique d'augmentation des volumes de ventes qui caractérise leur modèle. L'accès à la rémunération des services optionnels permettrait de compenser la perte de valeur de marge sur le médicament remboursable.

La mise en place d'une rémunération sélective n'affecterait pas l'économie des officines possédant un modèle commercial, à la condition toutefois que l'ouverture du monopole ne soit pas mise en place, puisque la rémunération à l'honoraire protégerait seulement les modèles libéraux.

L'économie actuelle des officines commerciales est fragilisée par le faible niveau de leur rémunération, du fait de la faible valeur ajoutée des produits distribués. Actuellement seule l'augmentation des référencements leur permet de tenir économiquement. Une réforme de la rémunération telle que préconisée précédemment impose l'autorisation d'une communication spécifique à ces officines pour préserver leur économie et leur permettre de lutter contre les autres circuits de distribution concurrentiels.

3. c. Conséquence sur les équilibres

L'écart de rémunération existant entre les différents modèles économiques impose une différenciation dans le cadre d'une réforme de la rémunération. L'honoraire à la boite permettrait de maintenir et d'améliorer la rémunération des titulaires ayant un mode d'exercice libéral tout en préservant le réseau de proximité.

Les équilibres économiques seraient conservés en n'uniformisant pas la nouvelle rémunération. Le désordre économique induit par la différenciation actuelle due à la MDL, ne peut pas être modifié sous peine de mettre en danger un des modèles économiques ou l'équilibre des comptes sociaux.

La loi HPST donnant l'occasion de redéfinir le rôle du pharmacien comme professionnel de santé, la nouvelle rémunération doit être basée sur la meilleure rémunération actuelle et non sur l'économie des chiffres d'affaires les plus élevés.

Comme il a été démontré précédemment le niveau de revenu des pharmaciens ne dépend pas du niveau de leur chiffre d'affaires. Au contraire pour un chiffre d'affaires moyen supérieur de plus de 20% le niveau de revenu moyen est inférieur de plus de 20%, ce qui montre que l'écart de rémunération existant actuellement entre modèles économiques ne permet pas d'élaborer une nouvelle rémunération égalitaire, sous peine d'entrainer un déséquilibre économique ingérable.

3. d. Un nouveau paysage économique

L'adoption d'une rémunération différentielle selon le mode d'exercice, aura pour conséquence une modification du paysage économique officinal.

Par exemple le prix des officines pourrait être indexé sur le montant annuel des honoraires perçus. Cela permettrait à l'acheteur d'avoir une vision économique précise de l'affaire à acheter. En connaissant le montant annuel d'honoraires perçu associé au niveau de la rémunération, le futur titulaire saurait quel mode d'exercice il devra adopter ou maintenir pour assurer la pérennité économique de son acquisition.

La méconnaissance par beaucoup de pharmaciens des effets économiques de la MDL, les poussent à exercer d'une façon commerciale sur les conseils de commerciaux qui n'ont aucune idée du métier de pharmacien. Le passage à une rémunération à l'honoraire

obligerait à une modification de l'approche du métier et permettrait à la majorité des pharmaciens de revenir à un exercice plus conforme à leurs obligations.

4. Conclusions

Dans le paysage économique actuel il semble difficile de négocier une nouvelle rémunération sans proposer des solutions permettant à la fois une amélioration économique et une maitrise des comptes de l'assurance maladie.

Les solutions proposées dans le rapport Rioli maintiennent une rémunération à la marge et rajoutent des rémunérations à l'honoraire. Cette rémunération mixte n'a pas été chiffrée et les extrapolations que nous avons pu faire montrent qu'il serait difficile de ne pas toucher à la rémunération à la marge si l'on veut contenir le niveau des dépenses de remboursement.

Ma proposition de rémunération est aussi une rémunération mixte, mais au lieu d'être applicable à l'ensemble des pharmaciens, elle serait mixte parce qu'applicable en fonction d'un type d'économie.

En reposant sur la modélisation économique, cette rémunération permet de conserver et d'améliorer la rémunération du seul pharmacien exerçant d'une façon libérale. En ne tenant pas compte de la spécificité des modèles existant, les propositions économiques contenues dans le rapport Rioli risquent de déséquilibrer durablement le réseau des officines françaises.

L'honoraire à la boite nous semble être une solution économique durable et pérenne pour préserver le réseau des pharmacies de proximité. Cette proposition est faite dans le but de poser la question de la rémunération du pharmacien désireux de respecter la libéralité de son métier. Grace à la disparité dans la distribution de valeur ajoutée, la MDL permet, jusqu'à maintenant, aux pharmaciens libéraux de percevoir une rémunération moyenne supérieure du fait de la qualité de leur démarche.

Le passage à l'honoraire à la boite permettrait d'accentuer encore la libéralité du métier, grâce à une rémunération encore mieux adapté au modèle libéral, et améliorerait encore plus la rémunération actuelle du pharmacien libéral.

La loi HPST en redonnant de la libéralité au rôle du pharmacien, lui permet de prendre une place prépondérante dans le parcours de soin. En proposant une rémunération à l'acte comme l'honoraire à la boite, la profession choisirait un honoraire de base permettant une rémunération des futures missions la mettant ainsi à égalité avec les autres professions de santé.

En s'appuyant sur la modélisation économique, la profession proposerait à la fois un honoraire respectant l'équilibre économique existant et son financement. La difficulté actuelle étant prioritairement l'augmentation des dépenses de santé, une proposition de nouvelle rémunération, accompagnée du plan d'économie qu'elle induirait, permettrait d'engendrer une réforme du parcours de soin où le pharmacien aurait toute sa place.

Le but de notre proposition de nouvelle rémunération est avant tout de démontrer qu'aucune proposition ne pourra être faite sans mettre à plat l'économie officinale actuelle et sans tenir compte des modèles économiques existants.

D'autre part l'écart de rémunération existant actuellement entre les modèles est trop important pour proposer une rémunération uniforme, cet écart étant le résultat de l'application d'une rémunération inégalitaire dans la distribution de la valeur ajoutée depuis 20 ans : la MDL !

5éme partie

Conclusions

Conclusion : la modélisation économique, une logique incontournable

La façon d'exercer du titulaire induit un modèle économique qui lui est propre. Que le titulaire mette en place une stratégie de développement s'appuyant sur un surdimensionnement de son offre produit, et son modèle économique devient plus commercial que libéral.

De 1987 à 1990 la profession a subi de profondes transformations économiques. En 3 ans elle a connu la libération des prix, l'ouverture du monopole et une nouvelle marge. Pour beaucoup la libération des prix et l'ouverture du monopole pour la parapharmacie a fait basculer le monde officinal dans le monde de la distribution. L'établissement d'une concurrence entre pharmaciens et entre pharmaciens et d'autres circuits de distribution a fait oublier le caractère essentiellement libéral de notre profession et surtout le fait que notre priorité est le malade avant le consommateur.

L'adoption d'une marge inconnue des économistes du commerce, comme par ailleurs des cabinets comptables, quant à ses effets, a conduit l'ensemble des intervenants de la profession à ne pas en tenir compte dans leurs analyses. Depuis 20 ans la plus grande transformation économique dans notre profession est pourtant due à la mise en place de cette marge, et cela semble avoir été occulté.

En perdant sa linéarité la marge du pharmacien a perdu son caractère commercial. La MDL a modifié profondément l'économie officinale, l'augmentation des volumes de ventes n'étant plus synonyme d'augmentation de rentabilité, surtout avec une qualité de services maintenue. Si l'augmentation des volumes de ventes pouvaient compenser les baisses de marge avant 1990, ce n'est plus le cas après 1990 car la dégressivité de la marge ne permet plus de connaitre le rapport exact d'une ordonnance ou d'une vente, l'augmentation des volumes provoquant même une diminution significative de la productivité et par voie de conséquence une baisse de la rémunération du pharmacien.

En se dispensant d'une analyse précise des conséquences économiques de cette marge, la profession n'a jamais pris en compte les transformations que la MDL a provoquées. A l'heure ou la loi HPST va entériner la libéralité de notre exercice et que l'on parle de nouvelles rémunérations, le paysage économique officinal actuel est mal connu par la profession elle-même.

La MDL ayant fait perdre la linéarité de la distribution de la valeur ajoutée apportée par le médicament remboursable, il s'en est suivi une distribution répondant au mode d'exercice, d'où l'apparition de modèles économiques précis, décrit précédemment.

Dans le bouleversement annoncé par nos représentants, la connaissance de son modèle économique sera un élément incontournable pour en apprécier les conséquences. La modélisation n'est possible que si le titulaire suit une démarche suffisamment précise pour en apprécier les effets.

Il existe donc trois modèles économiques répondant à des modes d'exercices déterminés :

- Le modèle économique libéral
- Le modèle économique libéral-commercial
- Le modèle commercial

De ces trois modèles le modèle économique libéral est le plus rémunérateur.

A. Modèle économique et rémunération

En corroborant nos résultats avec les différentes statistiques mises à notre disposition, nous avons établi que le modèle libéral commercial est le modèle le plus répandu dans la profession. Tous les intervenants économiques de la profession persuadent les pharmaciens qu'ils sont des commerçants et les incitent à mettre en place des stratégies pour augmenter la fréquentation des officines.

Il est impossible de trouver un intervenant conseillant de revenir à un mode d'exercice plus libéral. La profession se repose sur des conseils qui n'ont aucune notion de notre métier et qui ignore totalement les effets économiques de la MDL. Tous se contentent de décliner les principes gérant la grande distribution. Le résultat est que la profession ne trouve pas d'autre solution que de se développer en adoptant des stratégies commerciales.

Le principal problème est que le suivi économique repose sur des indicateurs ne permettant pas d'en apprécier l'évolution. Ainsi pour beaucoup l'augmentation de chiffre d'affaires est le principal indicateur, son niveau déterminant la rentabilité de l'officine et la valeur capitalistique. Cette rentabilité est basée sur le taux de marge bilan qui est souvent plus élevé pour les gros chiffres d'affaires.

Nous avons vu tout au long de cette thèse que la MDL influençait très nettement le taux de marge des ventes et que la valeur ajoutée d'une vente était d'autant plus élevée que son taux de marge était plus faible. Le fait que l'économie officinale soit dépendante de 2 marges de nature différente ne permet pas d'utiliser le taux de marge bilan comme un taux de marge commerciale. En s'appuyant sur un taux de marge non significatif de l'activité officinale pour commenter leurs analyses, de nombreux experts émettent des avis ne correspondant pas aux résultats réels et induisent ainsi des orientations allant à l'encontre des intérêts économiques des titulaires. C'est pour cela que nous préférons retenir la valeur ajoutée produite[332] qui donne une idée beaucoup plus juste et plus précise de la rentabilité et indique en même temps le montant de la rémunération. Ainsi une VAP de 6 € correspond à un taux de marge bilan pouvant dépasser les 28% et une VAP de 13 € correspondra plutôt à un taux de marge bilan pouvant être inférieur à 26%.

D'un exercice libéral découle un modèle économique libéral, c'est-à-dire que la force de la démarche libérale prime sur l'image commerciale. Plus l'exercice est libéral et plus la

[332] La Valeur Ajoutée Produite (VAP) correspond à la division de la valeur de la marge brute bilan par le nombre de clients

rémunération est élevée, cette rémunération pouvant aller jusqu'à plus de deux fois et demi la rémunération d'un modèle commercial.

Plus la concurrence est élevée, plus le modèle devient commercial et plus la rémunération baisse si le pharmacien ne possède pas la rigueur nécessaire au maintien d'une démarche cohérente avec son activité. Les effets économiques de la MDL ne corroborent pas les théories développées par la multitude des intervenants de la profession, théories qui s'appuient essentiellement sur les effets d'une marge commerciale linéaire.

Ainsi s'il est communément admis dans la profession que plus le chiffre d'affaires est élevé plus la rentabilité est élevée, nous n'avons trouvé aucun élément économique pouvant entériner cette thèse, pas plus que nous n'avons pas pu trouver d'éléments démontrant les difficultés économiques des petits chiffres d'affaires suivant un modèle de développement libéral. Cette théorie du «plus le chiffre d'affaires est élevé plus la rentabilité est importante » est une déclinaison très proche du « ne pas confondre recettes et bénéfices » du commerçant.

Comme nous l'avons démontré précédemment c'est le modèle économique qui détermine le niveau de rémunération et donc la rentabilité, l'extrapolation de nos chiffres montrant même que le niveau de rémunération est beaucoup plus élevé pour les petits chiffres d'affaires possédant un modèle libéral, alors que pour beaucoup les petits chiffres d'affaires sont condamnés.

Le modèle économique libéral commercial est tellement ancré dans les esprits, qu'il amène des analyses contradictoires. Ainsi après avoir affirmé que la rémunération à l'ordonnance variait énormément entre les pharmacies de centres commerciaux et les pharmacies rurales ou de proximité[333], le président de la commission Economie de l'officine avait déclaré par ailleurs que le seul exercice libéral ne permettait plus d'assurer la rentabilité des officines (**Biblio** (26) BESSET, **Biblio** (43) MAZIERE), alors que la simple consultation du panel IMS montre que la valeur de la marge à la vente est très inférieure à la valeur de la marge à l'ordonnance, l'écart de valeur ajoutée étant d'autant plus important que le modèle est plus commercial[334]. Ceci signifie, entre autre, que le mode d'exercice et la qualité de dispensation qui en découle influe très clairement sur le niveau de rémunération du pharmacien.

Les effets micro- et macro-économiques de la réglementation des marges du médicament, et tout particulièrement de la MDL, se retrouvent dans les analyses du panel IMS Health en termes de rémunération, selon les modèles économiques suivis.

Ces effets sont confirmés avec la consultation des cartes de France, établi par le SUSE, montrant une corrélation entre chiffre d'affaires et revenus[335]. Il y est clairement établi que le niveau moyen des revenus des pharmaciens est d'autant plus élevé que le niveau moyen des chiffres d'affaires est plus faible. Ceci confirme une nouvelle fois que la rémunération est d'autant plus élevée que le modèle économique est proche du modèle libéral, la concurrence effrénée entre pharmacies amenant une augmentation de la moyenne des chiffres d'affaires mais une baisse de rentabilité et des revenus.

[333] A l'avantage des pharmacies rurales ou de proximité
[334] Voir tableaux IMS 62 & 63
[335] Voir chapitre « macro-économie et modèles économiques»,

Si notre démonstration va à l'encontre des thèses économiques soutenues actuellement, c'est que nous n'avons pris en compte que les valeurs ajoutées des ventes et non les taux de marge des produits ou des ventes ou le taux de marge bilan. Ce simple fait inverse le résultat des analyses de l'économie officinale, le maintien des analyses à partir des seuls taux de marge conduisant à un modèle économique structurellement responsable des difficultés économiques actuelles, et poussant la profession à réclamer la réévaluation de la marge du médicament remboursable pour compenser les pertes provoquées par les ventes hors ordonnances, ces ventes ne couvrant pas les frais généraux qu'elles engendrent.

A l'heure où l'on parle de regroupements d'officines, de sociétés de capitaux, de fermeture d'officines, de difficultés économiques grandissantes, il devient urgent de déterminer le modèle le plus solide et le plus rémunérateur. En s'appuyant sur une vision essentiellement capitalistique de notre profession, les nombreux responsables économiques écartent systématiquement la possibilité d'assoir le développement économique des officines sur la dispensation des ordonnances, représentant pourtant en moyenne 85% des chiffres d'affaires officinaux et près de 90% des C.A dans le cas des pharmacies rurales et de proximité.

L'amplification des stratégies commerciales constatée ces dernières années, avec le développement des enseignes, a accéléré la dégradation de l'économie officinale. En attribuant cette dégradation à la seule rémunération issue du médicament remboursable, la profession fait fausse route puisque la valeur moyenne de la marge du médicament remboursable n'a pas cessé d'augmenter depuis la mise en place de la MDL[336].

Par méconnaissance du fonctionnement de la mécanique économique de l'officine, la profession abandonne la libéralité de notre métier pour se tourner délibérément vers la distribution spécialisée, allant jusqu'à penser, comme Philippe Besset, que la valeur de la rémunération est dissociée de la qualité de dispensation et de l'enseignement suivi par le pharmacien (**Biblio** (43) MAZIERE).

La situation de crise actuelle, ou la profession revendique une revalorisation de la marge du médicament remboursable pour en sortir, perdurera si le modèle économique utilisé n'est pas abandonné. Cette revendication de revalorisation de la marge est très significative de l'ignorance de la réalité économique dans laquelle se tient notre profession.

La situation ne pourra s'améliorer que si en premier lieu la profession se remet en cause, et que le mode d'exercice libéral soit mis en avant. Tant que le développement du chiffre d'affaires des officines sera privilégié au détriment de la productivité, l'économie d'un nombre important d'officines ne pourra pas se redresser, et ce simplement parce que le pharmacien accroit son chiffre d'affaires avec des ventes trop peu rémunératrices.

Ainsi, par exemple, en accordant 1 € H.T d'honoraire par boite de Tamiflu vendu dans le cadre du plan anti grippe A, le gouvernement donne la valeur de la marge moyenne d'un produit d'automédication, sachant que pour plus de 60% des volumes de ventes d'automédication ce sont les pharmaciens qui détermine eux même la valeur de leur marge. Pourquoi alors crier au scandale, puisque le gouvernement prévoyait un niveau de vente de

[336] Voir tableau n°7

plusieurs dizaines de millions de boites[337] en cas de pandémie et que nous même, pour des niveaux de ventes beaucoup plus faibles, nous décidons de toucher une rémunération souvent inférieure à ce montant dans le cadre du libre accès.

En acceptant d'être considéré comme un circuit de distribution, en se comportant comme des distributeurs, les pharmaciens perdent l'indépendance qui sied à tout professionnel de santé libéral et connaissent ainsi les difficultés économiques inhérentes aux circuits de distribution. Cette perte d'indépendance se traduit par une perte de maitrise de l'outil de travail, et une influence grandissante des conseils de spécialistes en distributions.

Le fait est que le modèle économique libéral, issu d'un mode d'exercice libéral, est le modèle économique le plus rémunérateur. Cette constatation devrait pousser la profession à revenir aux bases de la dispensation médicamenteuse avant la mise en place de la loi HPST, de façon à posséder un modèle économique compatible. De spécialistes en médicaments, devenons spécialistes en médications, pour utiliser à plein un diplôme qui nous a formés pour la dispensation de molécules, indépendamment de leurs statuts de produits remboursables ou pas, avec une TVA 2,10% où 5,50%, etc. et sortir de cette ornière où nous a poussé la vision par trop capitalistique que nous avons de notre profession.

B. L'honoraire à la boite : la rémunération la mieux adaptée après la MDL

La connaissance des modèles économiques permet de mieux appréhender les conséquences de l'application de la loi HPST et les effets d'une éventuelle nouvelle rémunération.

La modélisation de l'économie officinale aboutit au constat que la meilleure rémunération actuelle est celle qui dépend du mode d'exercice libéral répondant déjà en grande partie aux missions attribuées aux pharmaciens d'officine par la loi HPST. La MDL y a toute sa place parce qu'elle apporte la valeur ajoutée nécessaire au bon fonctionnement d'un mode d'exercice libéral.

En termes de nouvelles rémunérations, les propositions devraient aboutir au minimum à préserver la rémunération actuelle du pharmacien libéral, si ce n'est de l'améliorer.

Les écarts de rémunération entre les différents modèles sont devenus beaucoup trop importants pour espérer qu'une nouvelle rémunération puisse rétablir une certaine égalité entre officines. La distribution inégalitaire, due à la MDL, de la valeur ajoutée amenée par les médicaments remboursables fait que les 5,6 milliards d'€ dégagée par la marge de ces médicaments (**Biblio** (43) MAZIERE) ne sont pas réparties selon les volumes de ventes mais selon la qualité de la dispensation.

De 1998 à 2008 les 500 premiers médicaments vendus[338] ont vu leurs parts de volumes de ventes baisser mais pas leurs parts de chiffres d'affaires. Leurs volumes de ventes ont perdu

[337] Soit une valeur ajoutée de plusieurs dizaines de millions d'€
[338] Sur 5 200 références

20 points en 10 ans passant de 75% des volumes de ventes à 55%, les parts de chiffres d'affaires passant, elles, de 80% à 77% (**Biblio** (11) LEEM). Ceci indique que la valeur ajoutée apportée par ces 500 premiers produits a augmenté de façon importante en 10 ans avec une répartition sur un volume de ventes plus restreint. Ces ventes sont réalisées en majorité par les pharmacies de proximité et elles assurent la productivité de ces officines.

A partir de ce constat, il faut avant tout préserver la proximité pour conserver et améliorer le maillage actuel de nos officines. Il faut donc que chaque modèle économique puisse s'appuyer sur ce qui fait sa force.

Si l'honoraire à la boite était étendu à tous les modèles, la fréquentation élevée des modèles commerciaux[339] ferait exploser les dépenses de santé. Par contre cette même fréquentation permet, actuellement, aux modèles commerciaux de concentrer les ventes d'OTC[340] et par là de profiter à plein des accords signés entre les assurances et le CNGPO (**Biblio** (1) RIOLI).

En améliorant la rémunération actuelle des titulaires ayant adopté un mode d'exercice libéral, l'honoraire à la boite permettrait de passer en douceur à la rémunération des nouveaux services, cet honoraire pouvant servir de base.

Grâce à la modélisation, on peut déterminer que l'honoraire à la boite est la rémunération la plus adaptée pour conserver et améliorer la rémunération actuelle de l'exercice libéral. Proposer cette rémunération dans le cadre de l'application de la future loi HPST ne modifierait en rien l'économie du modèle libéral, bien au contraire. De plus dans le cadre du futur pharmacien correspondant, seuls les pharmaciens suivant un modèle libéral pourrait obtenir à la fois ce statut et cette rémunération.

En proposant une rémunération valorisant notre rôle de professionnel de santé, améliorant l'économie de plus de 80% des officines et permettant en plus de faire des économies significatives dans les dépenses de santé, la profession obligerait les pouvoirs publics à revoir complètement la politique de remboursement des soins de villes. Le résultat serait une meilleure prise en charge du premier risque, un positionnement très clair du pharmacien comme professionnel de santé dans le parcours de soin, une réponse adaptée à la désertification médicale, puisque le maillage actuel des officines permettrait l'accès à la prise en charge du premier risque sans passer par la prescription médicale, obligatoire actuellement, et des économies très importantes permettant un redéploiement des dépenses pour des prises en charges de pathologies comme l'Alzheimer ou la prise en charge de la dépendance ou encore une augmentation des honoraires médicaux.

Dans le cadre d'une maitrise des dépenses, l'honoraire à la boite permettrait de conserver la productivité des officines rurales et de proximité conventionnées, parce que les économies futures porteraient essentiellement sur le prix industriel des produits remboursables et que l'augmentation régulière de la population et son vieillissement, font que le nombre des traitements progresse régulièrement.

Le conventionnement faisant que le pharmacien conventionné pour l'honoraire à la boite aurait l'obligation de respecter une éthique professionnelle rigoureuse pour garder son conventionnement, les augmentations d'honoraires seraient alors consenties pour faire face

[339] 50% de la fréquentation journalière concentrée sur environ 3 000 officines
[340] Plus de 80% du marché de l'automédication

aux augmentations de charges régulières si l'augmentation du nombre de traitements n'est pas suffisant ou s'ils sont prioritairement captés par les pharmacies commerciales.

L'honoraire à la boite a aussi le gros avantage de rendre une attractivité importante aux officines de proximité possédant un petit chiffre d'affaires puisque leur économie serait protégée et même améliorée, seul le changement de stratégie du nouveau titulaire pouvant amener des difficultés économiques avec par exemple une perte de conventionnement à cause d'un exercice par trop commercial.

L'honoraire à la boite pourrait permettre aux jeunes pharmaciens de pouvoir s'installer en pouvant utiliser le savoir emmagasiné pendant leurs années d'études ou leur exercice d'adjoint.

Le plus gros problème de l'honoraire à la boite est que c'est une remise en cause complète de la vision économique des pharmaciens, mais aussi une remise en cause du mode de fonctionnement de la sécurité sociale.

En limitant quasi exclusivement l'accès au remboursement de produits ou d'actes remboursables à la production d'une prescription médicale, la Sécurité Sociale n'a pas d'autres solutions que de réduire les coûts de ces produits ou actes remboursables pour limiter l'accroissement des dépenses de santé.

Dans le cadre économique officinal, le remboursement des médicaments pour le premier risque ne représente qu'une très faible partie du coût global de ces pathologies et des coûts médicamenteux remboursables.

Si par exemple nous faisons la comparaison de la dépense médicamenteuse actuelle remboursable par la Sécurité Sociale entre un traitement pour séropositif[341] et un traitement pour une pathologie premier risque, la dépense médicamenteuse est environ 420 fois supérieure pour le traitement mensuel d'un malade séropositif par rapport à un traitement d'une pathologie premier risque.

Si l'on rajoute le remboursement Sécurité Sociale des honoraires médicaux pour les prescriptions, la dépense de remboursement pour la pathologie du séropositif n'est plus que 75 fois supérieure à celle de la pathologie premier risque. Ce simple constat montre l'importance du coût de l'honoraire de prescription dans le cadre des pathologies premier risque.

Proposer une rémunération à l'honoraire à la boite, revient à permettre au malade d'accéder à la prise en charge d'un traitement premier risque sans passer obligatoirement par un médecin. Réserver le conventionnement aux seules pharmacies de proximité ou rurales suivant un modèle économique libéral, serait la garantie de sauvegarder le maillage actuel du réseau officinal, si ce n'est de l'améliorer grâce à la possibilité actuelle de transférer des licences.

[341] Le coût mensuel de remboursement médicamenteux par l'assurance maladie se situe entre 1 200 et 1 500 €

C. Modéliser son économie : une obligation pour le futur

La conclusion générale que l'on peut tirer de notre démonstration est que la modélisation devient incontournable pour comprendre le fonctionnement économique de l'officine et pour appréhender le mieux possible les changements futurs ou les conséquences d'une modification de stratégie.

C'est cette modélisation qui permet de comprendre que le modèle économique soutenu par la profession est le responsable de la mauvaise santé économique actuelle d'un nombre de plus en plus important d'officines. Le développement rapide des enseignes accélère cette dégradation, beaucoup d'officinaux axant leur développement sur l'augmentation du trafic, augmentant ainsi des ventes de produits possédant une valeur ajoutée de plus en plus faible.

Modéliser son économie c'est pouvoir se fixer des objectifs de développement et suivre une démarche précise pour les atteindre. En n'étant pas tributaire d'une démarche commerciale, seul le modèle libéral permet la maitrise du développement de son outil de travail et de la rémunération qui en découle.

Modéliser son économie c'est pouvoir anticiper et prévoir les résultats économiques découlant des décisions stratégiques de développement que l'on a pris. C'est surtout la possibilité de mieux appréhender les modifications économiques qui nous sont imposés.

Le débat actuel sur la revalorisation de la marge est un bon exemple pour comprendre l'intérêt d'une modélisation de l'économie officinale. Nous avons vu qu'au niveau micro économique le modèle libéral commercial, s'il permettait d'augmenter les chiffres d'affaires par le développement des marchés concurrentiels, entrainait structurellement une perte productivité, c'est-à-dire une baisse de la rémunération.

Au niveau macro économique nous retrouvons cette perte de rentabilité structurelle que provoque le modèle libéral commercial. Ainsi par exemple l'Alsace, qui, bien qu'ayant une moyenne de chiffre d'affaires inférieure de plus de 20% à la moyenne de chiffre d'affaires de la région PACA, possède une moyenne de revenus supérieure de plus de 20% à la moyenne de revenus de la région PACA, et ce bien que leur **PMO** soit très proche. Ceci est du essentiellement au fait que la concentration plus forte des pharmacies dans la région PACA aboutit à une augmentation des effets de la concurrence avec des augmentations de chiffre d'affaires mais une baisse de rentabilité avec la perte de la maitrise des trafics.

Cette constatation pose clairement le problème de la rémunération puisqu'elle montre qu'avec la MDL il existe des écarts de valeurs influençant les niveaux de revenus. Ces écarts de revenus sont amplifiés par le modèle économique suivi, découlant du mode d'exercice. Dans ce contexte, attribuer les difficultés économiques que connait la profession à la rémunération issue des produits remboursables ne repose sur aucune réalité précise, le montant des revenus, par exemple, n'étant pas corrélé au niveau des chiffres d'affaires[342].

Lors de son dernier Congrès la FSPF, dans un atelier « Laboratoire pour un nouveau type de rémunération », reconnait ne pas avoir pu déterminer de modèle économique (**Biblio** (57)

[342] Voir tableaux n° 3, 4 et 5

SIMON). Conséquence pour Philippe Besset[343] : comment prévoir l'impact d'un changement de marge ? « Comment déterminer cette typologie de pharmacie en difficulté, pour les aider spécifiquement ? » (**Biblio** (57) SIMON).

Pourtant la FSPF propose une revalorisation de la MDL en faisant passer la première tranche de la MDL de 22,90 € à 75 € alors que dans le même temps elle est dans l'incapacité d'en prévoir l'impact comme le confirme les résultats de son dernier congrès (**Biblio** (57) SIMON).

Sans modélisation économique il est impossible de proposer une quelconque modification de la rémunération, surtout que la connaissance des modèles montre que les problèmes économiques proviennent d'un modèle inadapté à la rémunération et non l'inverse.

Accentuer la linéarisation de la MDL n'aboutirait qu'à accentuer encore plus les écarts de revenus constatés en macro économie, c'est-à-dire que l'amélioration économique ne profiterait essentiellement qu'aux officines qui sont déjà avantagées par la MDL actuellement.

En effet une revalorisation de la première tranche augmentera la valeur ajoutée des médicaments dont le PFHT[344] est supérieure à 22,90 €, et qui sont majoritairement dispensés dans les officines de proximité possédant un modèle libéral, leur rémunération déjà plus élevée que la moyenne sera donc augmentée.

Le niveau des revenus dépend du niveau de la rémunération et que, comme nous l'avons montré, cette rémunération est bien plus élevée pour le modèle libéral. Le modèle libéral commercial repose sur des stratégies purement commerciales dont les buts sont le développement des chiffres d'affaires[345] et les conséquences une baisse de la rémunération et des revenus avec le maintien de la qualité de services. La consultation des tableaux n°3, 4 et 5 est pour cela édifiante.

Pour nous avec la détermination des modèles économiques, et les résultats qu'ils obtiennent au niveau macro économique, l'urgence n'est pas dans la révision de la rémunération mais dans l'abandon d'un modèle économique obsolète.

En utilisant les revenus déclarés des pharmaciens auprès de la CAVP[346], la Cour des Comptes arrive au même résultat en termes de répartition des revenus. Les analyses sont les mêmes que celles de la profession, c'est-à-dire que les revenus seraient d'autant plus élevés que les chiffres d'affaires sont élevés, établissant une corrélation avec le niveau des chiffres d'affaires qui n'existe pas. La lecture du rapport 2009 de la Cour montre l'urgence qu'il y a à abandonner le modèle économique suivi actuellement pour revenir à un véritable modèle libéral correspondant au modèle décrit par Yves Bot dans ses conclusions (**Biblio** (2) BOT). Les préconisations de la Cour étant de baisser les marges du médicament remboursable pour reconfigurer le réseau, nos résultats et la macro économie montrent que

[344] Prix Fabricant Hors Taxe
[345] Ce qui correspond à la vision capitalistique du métier que beaucoup de pharmacien ont
[346] Caisse Assurance Vieillesse des Pharmaciens

les officines les plus touchées seraient celles dont l'économie reposerait sur des stratégies de développement commerciales.

Le discours actuel de toutes les enseignes ou groupements étant justement de renforcer les stratégies commerciales, nous ne pouvons que constater que c'est la profession elle-même qui provoque la détérioration économique qu'elle dénonce.

Il est évident que l'abandon du modèle libéral commercial au profit d'un modèle libéral serait générateur de perte de chiffre d'affaires, donc une perte de valeur capitalistique, pour beaucoup de pharmacien mais serait en même temps générateur d'une amélioration de la rémunération. Comme nous l'avons recommandé dans le chapitre sur la modification du mode de rémunération, cela devrait pouvoir être un choix assumé par le titulaire.

L'optique actuelle est de dénoncer les écarts économiques grandissant entre les gros chiffres d'affaires et les petites officines, proposer de réévaluer la marge des petites officines par le biais d'une réévaluation ciblée serait logique, sauf que ce sont elles qui disposent actuellement de la valeur de marge la plus élevée à l'ordonnance.

Si la loi HPST est une loi reconnaissant le caractère libéral de notre activité, c'est aussi une loi destinée à l'amélioration de la prise en charge des malades. Elle va donc obliger chaque titulaire à connaitre son modèle économique pour adapter sa démarche, sous peine de ne pas pouvoir bénéficier à plein des effets bénéfiques qu'elle est susceptible d'engendrer.

Fonctionner sous un modèle libéral sera obligatoire avec cette réforme, s'occuper prioritairement des malades plutôt que fidéliser des consommateurs étant déjà le but de la démarche qualité libéral des pharmaciens de proximité que nous préconisons, les titulaires fonctionnant avec un modèle économique différent devront revoir leur démarche pour pouvoir bénéficier des retombées économiques de la loi HPST.

« ….à l'heure de la loi HPST, du formidable défi que les pharmaciens d'officine peuvent et doivent relever pour améliorer la prise en charge du patient, il est temps de s'autoévaluer. Chaque fois que le pharmacien, par ses référencements et par la présentation qu'il donne de son officine, s'approche des pratiques d'autres métiers ou d'autres réseaux de distribution, il brouille son image de professionnel de santé. Et le public de s'interroger sur cet incompréhensible décalage en un discours assumé de professionnel compétent et une réalité plus prosaïque…. » (**Biblio** (58) ADENOT).

Cet extrait de l'éditorial de la présidente de l'Ordre des Pharmaciens dans les Nouvelles pharmaceutiques[347] du 27 mai 2010, montre que les préoccupations de l'Ordre rejoignent nos conclusions économiques.

Seule la modélisation permet de s'autoévaluer économiquement. Selon l'Ordre donner une image commerciale à son officine brouille son image de professionnel de santé et selon notre démonstration c'est cette image commerciale qui est à l'origine du modèle économique responsable des difficultés économiques actuelles d'un grand nombre d'officines.

[347] INp

En démontrant que le modèle libéral est le modèle le plus rémunérateur, nous rejoignons ainsi les préoccupations de l'Ordre sur l'adéquation qui doit exister entre l'image que nous devons donner et le rôle que nous devons jouer. Comme pour l'Ordre qui pense que pour la loi HPST il est temps que la profession réfléchisse à son mode d'exercice, nos conclusions aboutissent à la même constatation au niveau économique : pour la loi HPST il faut remettre à plat l'économie officinale pour revenir à un modèle économique permettant de répondre au défi lancé à la profession.

Les écarts de rémunération entre le modèle libéral et le modèle commercial sont devenus trop important[348] pour pouvoir être rééquilibrés. Il semble donc difficile de ne pas en tenir compte pour le futur. Un exercice éthique et déontologique étant le seul mode d'exercice apportant l'objectivité nécessaire aux conseils du professionnel de santé et étant de plus le plus rémunérateur, comme nous l'avons démontré, l'avenir économique de beaucoup d'officines reposera sur la capacité de leurs titulaires à remettre en cause leurs stratégies de développement et leurs modes d'exercice.

L'avenir du réseau officinal ne passera que par le renforcement du mode d'exercice libéral et le respect de la mission de santé publique qui lui est assignée. Les difficultés économiques constatées ces dernières années provenant plus du modèle économique suivi que du mode de rémunération, la Présidente de l'Ordre des pharmaciens rappelle opportunément dans son éditorial qu'il est inenvisageable de continuer à prétendre exercer comme un professionnel de santé en accueillant les malades dans des espaces de plus en plus mercantiles.

Le mode de rémunération actuel favorise économiquement le mode d'exercice libéral, lui-même compatible avec la loi HPST. Le véritable défi à relever sera de mettre en adéquation notre façon d'exercer avec la libéralité de la loi HPST, pour espérer répondre aux attentes suscitées par cette loi. La modélisation de son économie deviendra incontournable pour pouvoir connaître la productivité de l'équipe officinale dépendant du mode d'exercice retenu par le titulaire.

Ce choix deviendra crucial dans le cadre d'une modification du mode de rémunération dans le cadre de la loi HPST. La connaissance de la mécanique économique officinale et de la structuration de son chiffre d'affaires vont devenir indispensable pour assurer la pérennité économique de son officine.

En faisant le choix de revenir à un mode d'exercice compatible avec son rôle de professionnel de santé et garantissant son indépendance, le titulaire assurera une productivité importante à son officine, lui facilitant ainsi une éventuelle transmission de son outil de travail.

La vision actuelle du mode d'exercice officinal par les groupements influe fortement sur l'économie des officines. En additionnant les effectifs revendiqués par le Collectif des Groupements, l'Union des Groupements et ceux du groupe PHR qui n'appartient à aucune de ces structures, plus de 90% des officines seraient groupées et suivraient donc les stratégies économiques préconisées par les groupements. En cherchant à concurrencer la GMS les groupements ont poussé au développement des référencements et à l'utilisation

[348] La rémunération libérale est plus de 2 fois supérieure à la rémunération commerciale

des techniques de ventes de ces circuits de distribution. Produits et prix d'appels, produits à la marque, promotions et maintenant communication, tous les artifices utilisés par les circuits de distribution font partie de la panoplie de développement proposée par les groupements.

L'ambigüité de ces stratégies, relevée par la Présidente de l'Ordre, a pour résultat une détérioration économique malgré l'augmentation des chiffres d'affaires. Le développement ne s'appuyant que sur une exploitation d'image, il est incompatible avec un développement basé sur des compétences de professionnel de santé. Le débat actuel opposant l'Ordre aux groupements sur la communication est le signe de la volonté de beaucoup de pharmaciens d'accentuer les stratégies commerciales, donc de renforcer un modèle économique diminuant la rémunération du pharmacien.

Dans ces conclusions, l'avocat général Yves Bot (**Biblio** (2)) défend la propriété du fond par le titulaire et un exercice éthique conforme aux souhaits exprimés par la présidente de l'Ordre des pharmaciens. La modélisation de l'économie permet de comprendre que c'est l'exercice éthique et déontologique défendu par l'Ordre qui est le plus rémunérateur. C'est cette modélisation qui permet aussi de comprendre que la rémunération dépend du mode d'exercice et du modèle qu'il induit et ne dépend pas de la forme juridique d'exploitation. Des officines possédant un modèle commercial avec une rémunération moyenne de 6 € par client, ne verront pas leur rémunération progresser si elles sont reprises dans une holding.

La modélisation est donc le point fondamental de l'analyse économique du fonctionnement d'une officine. En s'appuyant sur des indicateurs objectifs comme les paniers moyens, la modélisation permet de suivre très précisément et pratiquement en temps réel les effets de son mode d'exercice.

La parution le 5 avril 2011 du décret relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants confirme que la modélisation économique sera nécessaire pour appliquer la loi HPST et que le choix d'un mode d'exercice libéral sera la condition obligatoire pour pouvoir être pharmacien correspondant.

En reconnaissant le pharmacien d'officine comme professionnel de santé libéral à part entière, ce décret conforte notre démarche qualité axée sur la satisfaction des besoins des malades. Il lie le malade chronique et son pharmacien sur des critères de compétences uniquement, ce qui va obliger le pharmacien correspondant à exercer dans un environnement compatible avec la mission qu'il veut effectuer, comme nous le décrivons dans notre modèle libéral.

Ce décret est une formidable opportunité pour l'Ordre de remettre en avant l'éthique et la déontologie et de permettre au pharmacien d'officine de choisir son mode d'exercice. Les termes de ce décret montrent que le choix d'exercer sous enseigne ou avec un groupement communiquant commercialement sera incompatible avec la fonction de pharmacien correspondant puisque la stratégie de développement sera d'attirer les consommateurs avec une offre produits ou de services. Accepter qu'un professionnel de santé libéral puisse attirer des malades chroniques sur autre chose que ses compétences serait accepter l'utilisation de méthodes déloyales incompatible avec l'éthique professionnelle.

Par exemple comme pour les médecins qui ont interdiction de s'installer dans des zones de grandes consommations, les pharmaciens installés dans ces zones ne devraient pas pouvoir être pharmacien correspondant.

Comme nous l'avons démontré avec nos résultats, l'application de ce décret va permettre une redistribution économique du chiffre d'affaires puisque l'emplacement des pharmacies de quartiers sera valorisé par le fait que ce sont elles qui délivrent prioritairement les traitements des malades chroniques, à la condition toutefois que les titulaires fassent le choix d'un exercice libéral. Comme nous l'avons développé dans le chapitre sur une nouvelle rémunération, seule la négociation d'une convention spécifique liant le pharmacien de proximité avec le pharmacien correspondant permettra de donner une dimension économique au pharmacien correspondant.

Ce décret confirme en tout point les résultats économiques que nous avons mis en avant dans notre argumentaire sur le fait que l'exercice libéral est le mode d'exercice le plus rentable actuellement. Comme la rémunération du modèle libéral est déjà la plus élevée, l'adjonction d'un honoraire spécifique au pharmacien correspondant devrait rendre plus attractive les pharmacies de proximité possédant un chiffre d'affaires modeste, puisque ce serait les seules officines où le titulaire pourrait être pharmacien correspondant. D'autre part notre proposition d'honoraire à la boite correspond parfaitement au mode d'exercice que devront adopter les titulaires désirant pouvoir être choisi comme pharmacien correspondant.

Ce décret confirme donc que la modélisation de son économie va devenir obligatoire pour connaitre le niveau et l'évolution de la rémunération. Plus le modèle dérive vers un modèle commercial, plus la rémunération baisse et moins il y aura de chance de pouvoir être pharmacien correspondant. Seul un suivi précis des indicateurs de notre tableau de bord permettra aux titulaires de savoir si leur modèle économique est compatible avec la loi HPST.

Malgré tout le constat est que le mode de rémunération actuel est celui qui permet la rémunération la plus élevée dans le cadre d'un mode d'exercice libéral, et que les nouvelles rémunérations attendues devraient permettre de l'améliorer à la condition toutefois que le mode d'exercice libéral soit conservé.

THESE SOUTENUE PAR : Jean-Patrice Folco
TITRE : Mécanique et Modèles économiques en officine
Contribution pour une nouvelle rémunération

CONCLUSION

Nos recherches nous ont permis de montrer :

- que plus le pourcentage des ordonnances dans les ventes totales était élevé, et plus la rémunération du pharmacien était élevée.
- que les objectifs de la démarche qualité induisaient un mode d'exercice qui lui-même induisait un modèle économique.
- qu'il existait une mécanique économique qui fonctionnait selon les objectifs de la démarche qualité et selon l'image donnée.
- que la perte de maitrise du trafic d'une officine aboutissait à un modèle économique peu rémunérateur, incompatible avec les objectifs d'un professionnel de santé au service des malades.
- que c'est l'utilisation d'indicateurs économiques non pertinents qui conduisait la profession dans une impasse économique.
- que la vision capitalistique qu'a la profession de son métier, allait à l'encontre de qualité de service au malade.
- que la valeur ajoutée apportée par la dispensation des ordonnances compensait les pertes engendrées par les ventes hors ordonnances, et que cette compensation était d'autant plus importante que le pourcentage d'ordonnances dans les ventes était faible.
- qu'un mode d'exercice commercial induisait une augmentation de chiffre d'affaires mais une baisse de rémunération avec à termes une baisse des revenus.
- que le niveau de revenu dépendait du niveau de rémunération et non du niveau de chiffre d'affaires.

A l'heure ou la profession négocie pour modifier et améliorer sa rémunération, nous avons montré que le pharmacien professionnel de santé libéral, au service exclusif des malades, était celui qui possédait la meilleure rémunération et les meilleurs revenus, de part le simple fait qu'en s'appuyant sur la seule objectivité de son conseil il devient ainsi indépendant des produits qu'il dispense.

Nous avons par ailleurs montré que :

- dans le cadre de la loi HPST, la modélisation de son économie devenait indispensable. Seul le modèle économique libéral est à même de donner une réelle efficacité économique à la loi HPST.

- Sauf dans le cadre d'un honoraire à l'ordonnance, le modèle économique libéral se verrait renforcer économiquement dans toutes les hypothèses de nouvelles rémunérations.

Ethique, déontologie et compétences font que l'exercice du pharmacien doit être un exercice libéral. En montrant que l'exercice libéral était actuellement l'exercice le plus rentable et qu'il suffisait pour cela d'abandonner les habits du commerçant dont trop d'intervenants nous affublent, nous montrons que l'avenir officinal des futurs pharmaciens sera prometteur à la condition que la génération actuelle prenne conscience que l'abandon d'un exercice par trop commercial est vital pour l'avenir de la profession.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 21 juillet 2011,

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
Faculté de Médecine de Grenoble
Laboratoire Hypoxie Physio-Pathologie
Domaine de la Merci - 38706 LA TRONCHE Cedex

Pr Jean CALOP
Pôle Pharmacie
CHU de Grenoble
38700 La TRONCHE

LE DOYEN

Professeur Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur Jean Calop

Bibliographie

1. **Michel, Rioli.** *Rapport Rioli.* s.l. : Rapport remis à Madame Bachelot, Ministre de la Santé, Septembre 2009.

2. **Yves Bot, Avocat Général.** *Conclusions dans les affaires Commission Européenne contre République Italienne et Allemagne. affaire C-531/06 et Affaires jointes C-171/07 et C-172/07.* 16 décembre 2008.

3. **INSEE.** Le commerce de détail. *INSEE.* [En ligne] 2006. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/comfra06bh.pdf.

4. **Jean Renard, UMR - CNRS 6590, Université de Nantes.** Les pharmacies dans l'organisation du sytéme de soins. [En ligne] octobre 2000. http://fig-st-die.education.fr/actes/actes_2000/renard/article.htm.

5. **Bernardet, Sylvie.** Activité des pharmacies et revenus des pharmaciens. *INSEE.* [En ligne] 4 2004. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP955int.pdf.

6. la parapharmacie ne tient pas ses promesses. *LSA.fr.* [En ligne] 15 Novembre 2001. [Citation : 17 mars 2010.]

7. **Collet, Marc.** *Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006.* s.l. : dress Ministère du Travail, 2009 septembre.

8. **DELAIR-BILLET- DARCHEN, -KRAWEC.** *Contrat d'Etudes prospectives dans la Pharmacie d'Officine.* s.l. : Groupe Interface, Mars 2006.

9. **Marc Collet, Claire de Kermadec.** L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leur titulaires: situation en 2006 et évolutions depuis 2001. *Ministère de la Santé.* [En ligne] juillet 2009. http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud92.pdf.

10. **Cour-des-Comptes.** Les pharmacies d'officines et leurs titulaires libéraux. *Cour des Comptes.* [En ligne] Rapport 2009. http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Pharmacies-officine-titulaires-liberaux.pdf.

11. leem.org. *LEEM Les Entreprises du médicament.* [En ligne] http://www.leem.org/.

12. **Finances, Ministère des.** DGCCRF. *Ministére de l'économie et des finances.* [En ligne] http://www.finances.gouv.fr/fonds_documentaires/dgccrf/boccef/02_18/a0180016.htm.

13. **LSA.** les distributeurs convoitent les médicaments sans ordonnance. *LSA.fr.* [En ligne] Charles Beigbeder. http://www.lsa-conso.fr/les-distributeurs-convoitent-les-medicaments-sans-ordonnance,63138.

14. Données IMS Marché automédication 2008. *AFIPA.* [En ligne] http://www.afipa.org/afipa/pdf/6884_Dossier-de-presse-050309-chiffres-du-marché-2.pdf.

15. Données IMS Marché automédication 2006. *AFIPA.* [En ligne] http://www.afipa.org/afipa/pdf/3933_presentation_conf_de_presse_16.02.07.pdf.

16. la parapharmacie ne tient pas ses promesses. *LSA.fr.* [En ligne] 15 Novembre 2001. [Citation : 17 mars 2010.] http://www.lsa-conso.fr/la-parapharmacie-ne%20tient-pas-ses-promesses,71212 .

17. *Univers Pharmacie serein.* 15/02/2010, le quotidien du pharmacien, p. ACTUALITE.

18. *L'officine française dans la tourmente.* **Moulle, Valérie.** décembre 2007, Les Nouvelles Pharmaceutiques, pp. 22-25.

19. **Durand, Catherine.** Dossier Presse CNGPO. *CNGPO.* [En ligne] 2002. http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/images_bdd/presse/dossier_de_presse_initial.pdf.

20. **Groupement, Publicité.** Dos de couverture. *Pharmacien Manager.* 02 2010.

21. **C.N.G.P.O.** Présentation. *Collectif Groupements Pharmaciens.* [En ligne] http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/cad.asp.

22. **AFIPA.** Bonnes Pratiques Commerciales Relative à la Transparence des Prix. *AFIPA.* [En ligne] http://www.afipa.org/afipa/pdf/4400_Bonnes-Pratiques-Version-Thera-2008.pdf.

23. **Qualipharm.** Présentation. *Qualipharm.* [En ligne] 27 Mars 2009. http://www.qualipharm.fr/spip.php?rubrique2.

24. **Alban, Gaëlle.** Qualité à l'officine : certifiée conforme. *Impact Pharmacien.* 17 mars 2010, pp. 12-14.

25. —. Une animation réussie autour de bébé. *Impact Pharmacien.* 17 mars 2010, p. 15.

26. **Besset Philippe, président commision économique FSPF.** Une économie à réinventer. *Pharmacien de France.* Janvier 2009, p. n° 1206.

27. **FORUM-SANTE.** *Sondage CSA.* Février 2007.

28. **KPMG.** Pharmacie: Moyennes professionnelles 2009. *KPMG.* [En ligne] http://www.kpmg.fr/FR/publication/?id=536281908390732676389861532561 62.

29. **AnP.** Rôle du Pharmacien Correspondant (Rapport). *academie pharmacie.* [En ligne] décembre 2009. http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Pharmacien_Correspondant_RM_RMC_JPC__Vd_23_dc_09_word.pdf.

30. *Economie, ça va mal.* **Besset, Philippe.** 2010, Pharmacien de france, n° 1219, p. 14.

31. *Branchez vous "enseigne".* **Cardin-Changizi, Peggy.** 2010, Pharmacien Manager, pp. 13-14.

32. **Peny, Jean-Michel.** Rôle économique et de Santé publique du pharmacien. *Collectif Groupement.* [En ligne] 6 Mars 2006. http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/images_bdd/actualites/intervention_peny_9_mars-2006.pdf.

33. *la situation économique des pharmacies est inquiétante.* **Midi-Libre.** avril 2010 n° 1219, Pharmacien de France, p. 24.

34. **Giphar.** Côté Enseigne. *pharmaciengiphar.com.* [En ligne] http://www.pharmaciengiphar.com/impArticle.

35. *La distribution.* **Martin, Anne-Sophie.** 30 novembre 2009, Cosmétique Hebdo N° 432, p. 4.

36. **GlobalPharmacie.** On a parlé de nous. *Globalpharmacie.* [En ligne] 2010. http://www.globalpharmacie.fr/presse.php.

37. *La pharmacie de proximité a de l'avenir.* **Alban, Gaëlle.** 13 janvier 2010, Impact Pharmacien, pp. 12-14.

38. *Exercer dans une officine sous enseigne.* **Maziére, Mélanie.** 12 avril 2010, Quotidien du pharmacien n° 2741, pp. 16-17.

39. *Le grand Succés des supermarchés de la Santé.* **Cassel, Boris.** 13 août 2009, Aujourd'hui en France, pp. 2-3.

40. *Les enseignes cherchent à se démarquer.* **Saurel, Virginie.** 2857, 4 décembre 2010, Le Moniteur des Pharmacies, p. 42.

41. **FCGA.** *L'observatoire de la Petite Entreprise N° 36.* avril 2010.

42. *4 raisons d'utiliser un tableau de bord.* **Rivoal, Yves.** 2856, 4 Décembre 2010, Le Moniteur des pharmacies, pp. 48 -49.

43. *La rémunération du pharmacien en question.* **Mazière, Mélanie.** 01/07/2010, Le Quotidien du Pharmacien.

44. **AFIPA.** Marché automédication année 2009. *AFIPA.* [En ligne] Mars 2010. http://www.afipa.org/afipa/pdf/10084_les-chiffres-du-marche-09.VL.pdf.

45. *Rennes, où les bureaux sont roi.* **EMS.** 6 septembre 2010, Le Quotidien du Pharmacien N° 2770, p. 13.

46. *Stratégie de prix: les clés de l'efficacité.* **Argos, Consulting.** 22 avril 2010, Quotidien du Pharmacien n° 2744, p. 11.

47. *Crise: tous perdants?* **Simon, Laurent.** 1223, octobre 2010, Le Pharmacien de France, p. 28.

48. *Le tableau de bord de gestion: pour ne pas piloter à l'aveuglette.* **Leroy, Emmanuel.** suplément n°2860, 18 Décembre 2010, le moniteur des pharmacies, p. 39;40:42.

49. *Spécial enseignes 2011.* **Pharmacien-manager.** Hors série, Décembre 2010, Pharmacien Manager.

50. *Les enseignes cherchent à se démarquer.* **Saurel, Virginie.** N°2857, 4 décembre 2010, Le Moniteur des pharmacies, pp. 28-44.

51. **Plus-Pharmacie.** trophée des enseignes. *Plus Pharmacie.* [En ligne] [Citation : 12 novembre 2010.] http://www.pluspharmacie.fr/.

52. *Grosses officines toujours plus.* **Rivoal, Yves.** n°102, novembre 2010, Pharmacien manager, p. 15 à 21.

53. **IPSOS.** Le Pharmacien d'Officine vu par les français, Sondage IPSOS. *Ordre des Pharmaciens.* [En ligne] 31 janvier 2008. http://www.ordre.pharmacien.fr/Actualites/frame_news1.asp?actu_id=847.

54. *Prix de cession moyens en 2009.* **INTERFIMMO.** 2010, La Lettre du Pharmacien de France du 9 avril 2010, p. 7.

55. *Prix de Cession : La tendance s'inverse.* **Rey, Fanny.** 2010, La Lettre du Pharmacien de France du 9 avril 201O.

56. *Les Pharmaciens veulent des actes.* **Micas, Christophe.** 19 Juillet 2010, Le Quotidien du Pharmacien N° 2767, p. 2.

57. *Spécial 63ème Congrès.* **Simon, Laurent.** supplément mensuel n°1224, novembre 2010, Le pharmacien de France, p. 4.

58. *Editorial.* **Adenot, Isabelle.** 27 mai 2010, Les Nouvelles Pharmaceutiques, p. 2.

59. *la pharmacie de proximité a de l'avenir.* **Alban, Gaëlle.** 13 janvier 2010, Impact Pharmacie n° 237, p. 12;13;14.

60. **RIOLI, Michel.** *Celtipharm.* [interv.] Celtipharm. 28 juillet 2010.

61. **Bonnefond, Gilles.** L'USPO : Détermination, Honnêteté et Loyauté. *Fax.* Paris : s.n., 29 07 2010.

62.

63. **le-Moniteur-des-pharmacies.** Cahier 11 - n° 2838/2839. *MARCHES 2009 Au ralenti.* s.l. : WK-Pharma, 3 juillet 2010.

64. *4 raisons d'utiliser un tableau de bord.* **Rivoal, Yves.** n°2857, 4 décembre 2010, Le moniteur des pharmacies, p. 48;49.

ANNEXE 1

Le BaroQualité

Le BaroQualité est un indice de suivi de performance permettant de mesurer les résultats d'une démarche qualité.

En officine il existe 2 types de ventes : les ordonnances et les ventes hors ordonnances. L'écart entre les paniers moyens de ces 2 types de ventes est en moyenne de 1 à 4 en faveur de l'ordonnance.

La rémunération est la valeur ajoutée du panier moyen client qui est issue du mélange des valeurs ajoutées des paniers moyens des 2 types de ventes, les ordonnances et les ventes hors ordonnances.

La valeur ajoutée la plus importante des 2 ventes est celle de l'ordonnance, ce qui veut dire que plus le pourcentage des ordonnances dans les ventes est élevé et plus la rémunération est élevée.

Le rapport ordonnances/ventes varie en fonction de la démarche qualité et de ses objectifs. Que les objectifs de la démarche varient et le rapport ordonnances/ventes varie. Ainsi une approche plus commerciale de l'exercice officinal entraine une augmentation des ventes hors ordonnances et une diminution de la rémunération si ces ventes ne sont pas associées aux ordonnances.

L'intérêt d'un indice de suivi de qualité est donc de permettre de savoir si la démarche suivie ou la modification de la démarche améliore ou détériore la valeur de la rémunération.

L'indice va donc être bâti à partir des différents paniers moyens de l'officine :

- Le **PMO** ou **P**anier **M**oyen **O**rdonnance. Le **P**anier **M**oyen **O**rdonnance est obtenu par la division du chiffre d'affaires ordonnance par le nombre d'ordonnance.
- Le **PMVC** ou **P**anier **M**oyen **V**ente **C**omptoir ou hors ordonnance. Le **PMVC** est obtenu par la division du chiffre d'affaires ventes comptoirs par le nombre de ventes.
- Le **PMC** ou **P**anier **M**oyen **C**lient. Le **P**anier **M**oyen **C**lient est obtenu par la division du chiffre d'affaires par le nombre de client.
- Le **PMCG** ou **P**anier **M**oyen **C**lient **G**lobal. Le **PMCG** est obtenu par l'addition du **PMO** et du **PMVC**.

Le **P**anier **Mo**yen **O**rdonnance étant le plus élevé des paniers moyens de l'officine, l'indice sera déterminé par rapport à ce panier moyen.

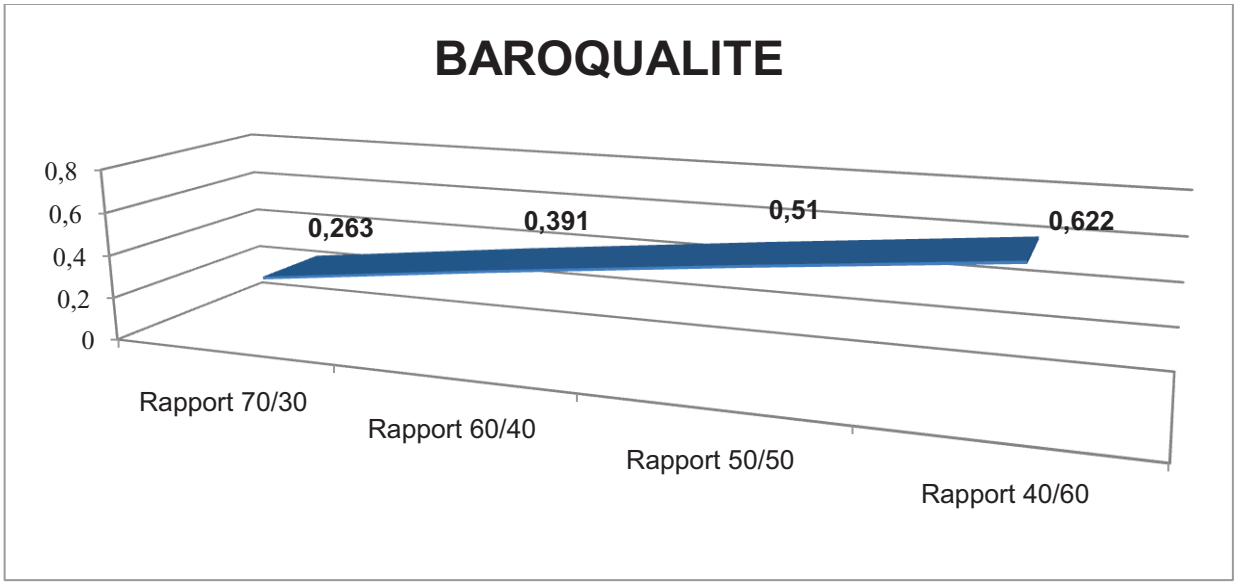
Le BaroQualité se détermine selon la formule suivante :

$$\frac{\textbf{PMCG} - \textbf{PMC}}{\textbf{PMO}}$$

1. BaroQualité avec PMO, PMVC et taux de ventes associées à l'ordonnance fixés.

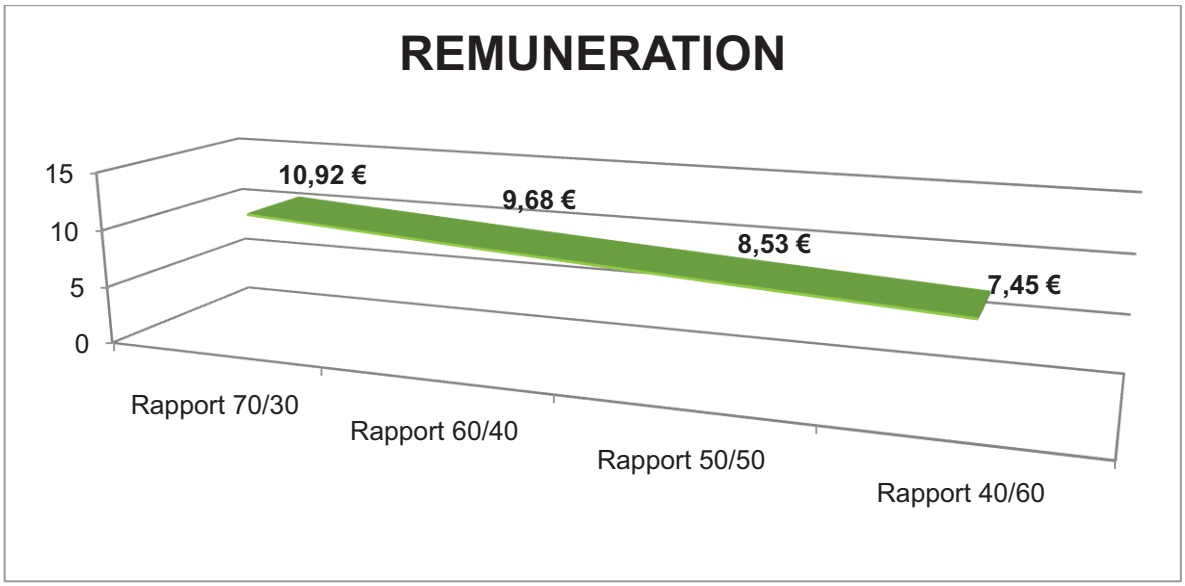
Avec un **PMO** et un **PMVC** fixés le BaroQualité évolue en fonction du rapport ordonnances/ventes. Le rapport ordonnances/ventes est dépendant de la démarche qualité retenue par le titulaire. L'évolution du BaroQualité est linéaire.

Dans l'exemple choisi le **PMO** est de 50 €, le **PMVC** est de 12 € et le taux de ventes associées à l'ordonnance est de 30%. Le rapport ordonnances/ventes varie.

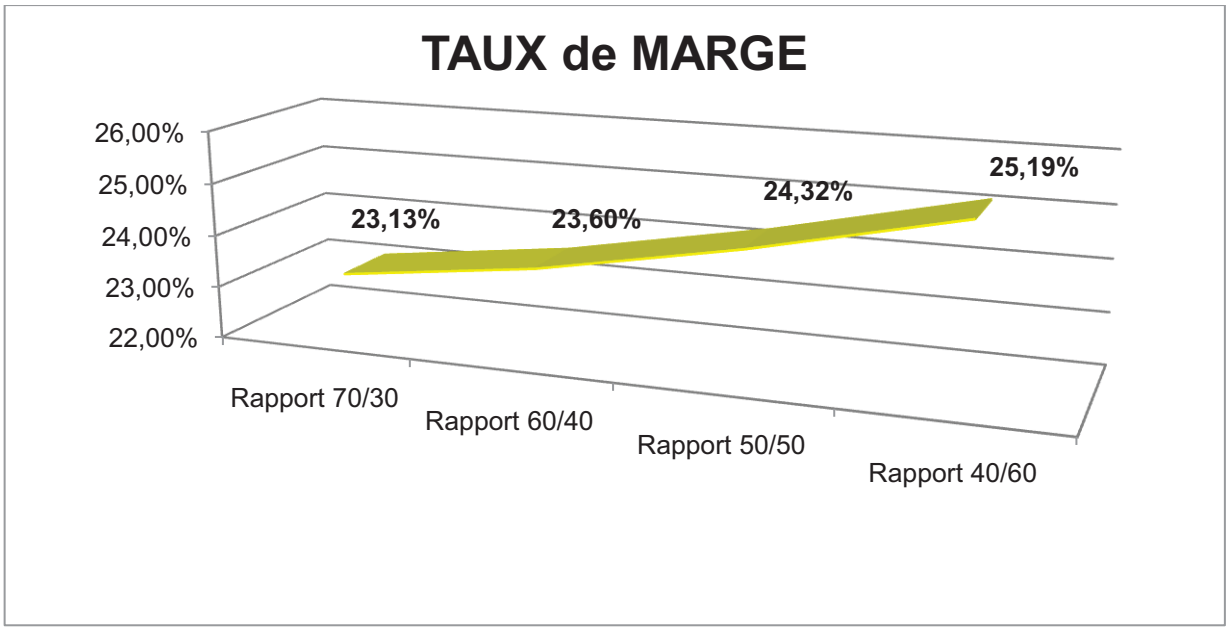


En évoluant, le rapport ordonnances/ventes fait évoluer le BaroQualité. En passant de 0,263 à 0,622 le BaroQualité montre le passage d'un modèle économique libéral à un modèle économique commercial.

Dans le même temps le **PMC** passe de 48,86 € à 30,90 €, soit une baisse de 36,75%. En retenant les mêmes valeurs ajoutées apportées par l'ordonnance et la vente comptoir, la rémunération baisse concomitamment à l'évolution du BaroQualité vers 1.



L'évolution du BaroQualité vers 1 s'accompagne d'une baisse du **PMC** et d'une baisse de la rémunération qui correspond à la **V**aleur **A**joutée **A**pportée par le patient. Par contre cette évolution vers 1 s'accompagne d'une augmentation du taux de marge.

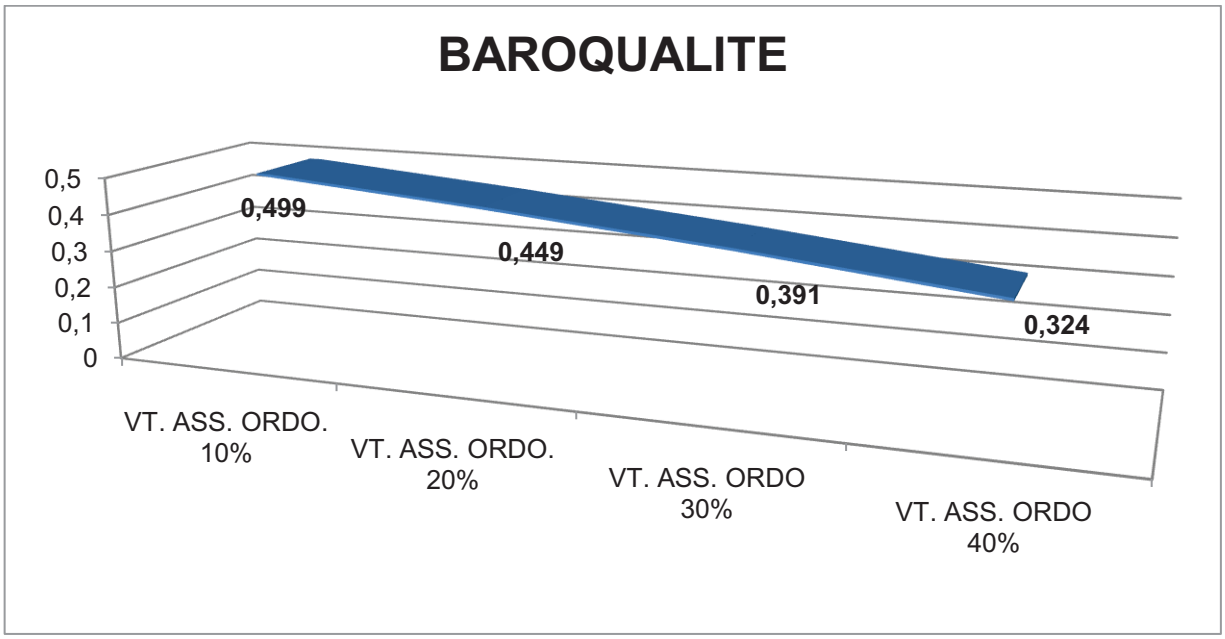


Avec un **PMO,** un **PMVC** et un taux de ventes associées à l'ordonnance fixés, le BaroQualité varie d'une façon linéaire vers 1 avec la baisse du rapport ordonnances/ventes. Cette évolution correspond à une baisse de la rémunération et une augmentation du taux de marge.

2. BaroQualité avec PMO, PMVC et rapport ordonnances/ventes fixés.

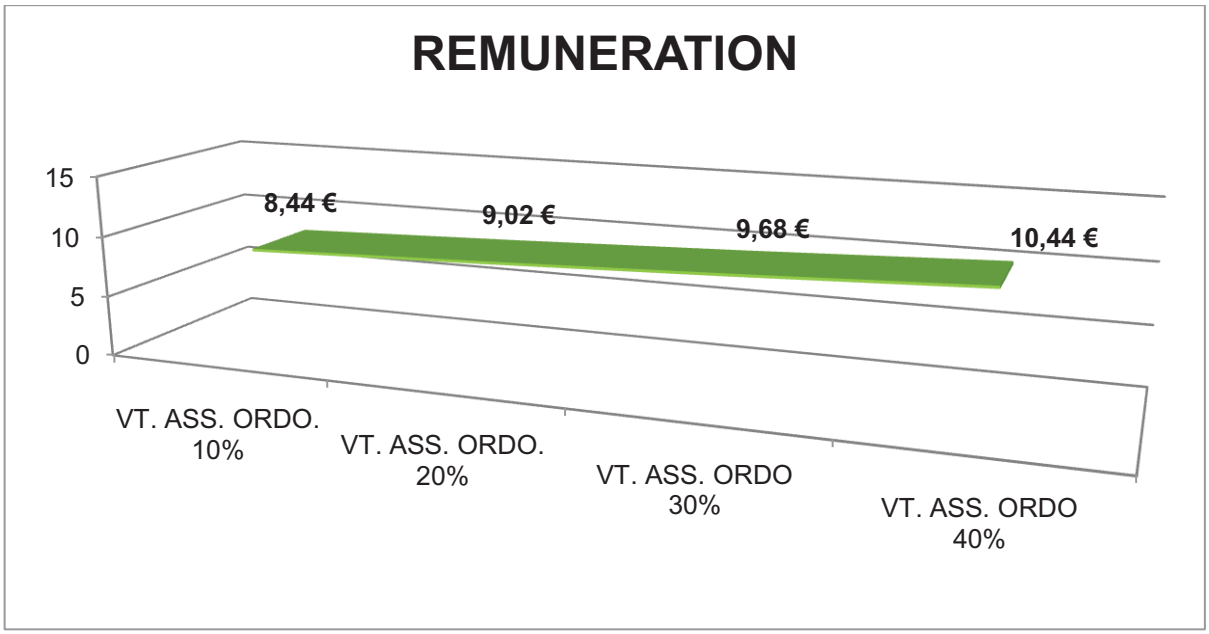
Avec un **PMO**, un **PMVC** et un rapport ordonnances/ventes fixés le BaroQualité varie en fonction du taux de ventes associées à l'ordonnance. Comme pour l'exemple précédent le **PMO** sera égal à 50 € et le **PMVC** égal à 12 €. Le rapport ordonnances/ventes est fixé à 60/40.

Le taux de ventes associées à l'ordonnance varie de 10% à 40%.

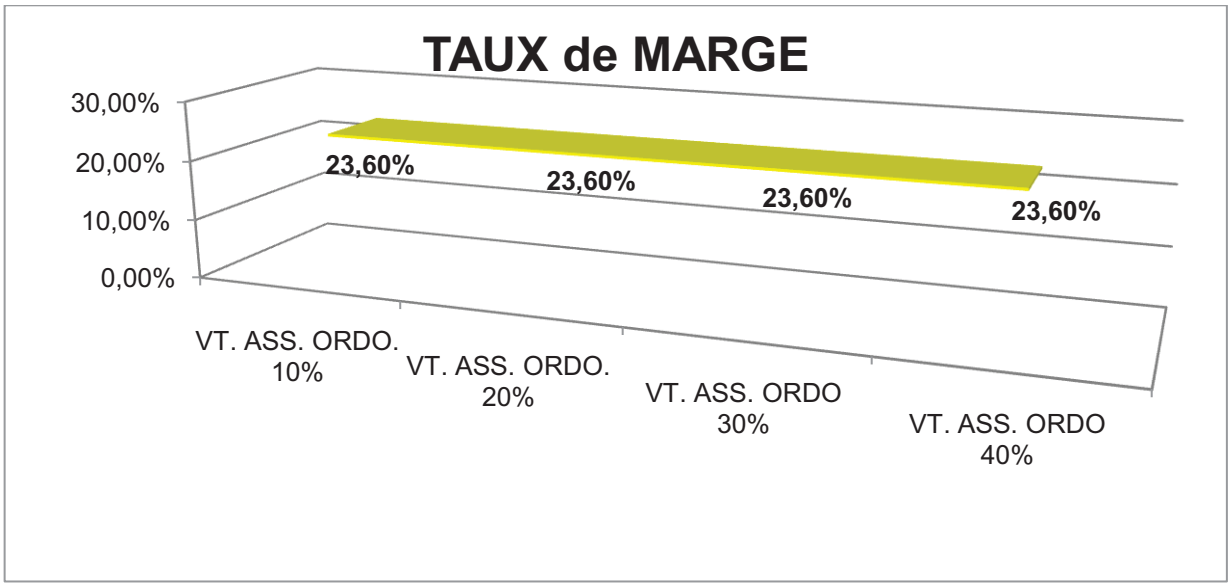


Le BaroQualité varie en fonction de l'évolution du taux de ventes associées. Quand le taux de ventes associées augmente, le BaroQualité se rapproche de 0. Cette évolution du BaroQualité montre le passage d'un modèle libéral commercial vers un modèle libéral, la variation du taux de ventes associées à l'ordonnance dépendant des objectifs de la démarche qualité.

Cette variation du taux de ventes associées fait passer le **PMC** de 37,02 € à 45,78 €. La rémunération évolue en fonction du **PMC**.



La rémunération augmente quand le BaroQualité se rapproche de 0, comme dans l'exemple précédent quand la rémunération baissait alors que le BaroQualité se rapprochait de 1.



Le rapport ordonnances/ventes étant fixé, le taux de marge ne varie pas quelque soit le taux de ventes associées à l'ordonnance.

Avec un **PMO**, un **PMVC** et un rapport ordonnances/ventes fixés, la BaroQualité varie d'une façon linéaire en se rapprochant de 0 quand le taux de ventes associées à l'ordonnance augmente. La rémunération augmente alors que le taux de marge reste fixe.

3. Synthèse

La variation du rapport ordonnances/ventes dépend des objectifs de la démarche qualité et de l'image donnée par l'espace de ventes. Une diminution de la valeur de ce rapport correspond à une démarche commerciale visant à une augmentation des trafics et une augmentation des ventes.

La variation du taux de ventes associées à l'ordonnance est liée à la démarche qualité. Plus la démarche vise à la satisfaction des malades et plus le taux de ventes associées à l'ordonnance augmente.

La variation du BaroQualité correspond au sens de la démarche qualité suivi par le titulaire. Le BaroQualité varie entre 0 et 1 selon la stratégie de développement déterminé. Issu d'une combinaison des différents paniers moyens de l'officine le BaroQualité est un indice de suivi de démarche selon que la démarche privilégie le développement d'un type de ventes par rapport à l'autre.

Que la démarche vise à développer les ventes comptoirs et le BaroQualité se rapproche de 1. Que la démarche vise à la satisfaction des malades et le développement du nombre d'ordonnances est privilégié, le BaroQualité se rapproche alors de 0.

L'écart de valeur entre le **PMO** et le **PMVC** est très important, le **PMO** étant en moyenne 4 fois supérieur au **PMVC**. L'évolution du BaroQualité vers 0 ou 1 va signifier une augmentation ou une diminution du **PMC** et donc une variation de la rémunération.

Une évolution du BaroQualité vers 1 va signifier une diminution de la rémunération par la baisse du **PMC**, mais aussi une augmentation du taux de marge du fait de l'influence de la MDL.

Le fait que la valeur ajoutée des ventes dépende de 2 taux de marges de structures différentes oblige à ne pas retenir le taux de marge comme indicateur de rentabilité brute. Le BaroQualité, indice de suivi de démarche, est aussi un indicateur permettant de suivre très précisément l'évolution de la rentabilité officinale. Le BaroQualité est indicateur beaucoup plus fiable pour l'évolution de la rentabilité que le taux de marge brute.

ANNEXE II

Statistiques IMS Pharmastat

IMS Pharmastat

Analyse des ventes comptoir

A - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	171	352	142	3	56	154		82	62
Unités	212	399	156	4	59	179		99	107
CA en €	544	2 063	311	52	713	1 193		697	776

B - Types de produits en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	17,81%	36,67%	14,79%	0,31%	5,83%	16,04%		8,54%	ND
Unités	19,13%	36,01%	14,08%	0,36%	5,32%	16,16%		8,94%	ND
CA en €	9,76%	37,00%	5,59%	0,93%	12,79%	21,41%		12,52%	ND

C - Décomposition de la marge brute HT en valeur (en €)

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
1 764	192	666	126	17	246	327		186	ND

D - Décomposition de la marge brute HT en pourcentage

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
100,00%	10,92%	37,76%	7,19%	1,01%	13,97%	18,59%		10,56%	ND

E - Marges brutes HT en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	36,18%	33,99%	42,04%	40,97%	36,72%	32,75%		31,74%	ND
Départ.	33,61%	37,73%	42,43%	39,69%	34,28%	38,42%	26,11%	34,28%	ND
France	31,16%	35,94%	41,99%	37,37%	32,74%	35,57%	26,72%	32,76%	ND

F - Prix moyens de vente au public TTC

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	2,57 €	5,17 €	2,00 €	13,01 €	12,09 €	6,67 €		7,05 €	ND
Départ.	3,00 €	6,00 €	1,88 €	14,28 €	12,38 €	9,35 €	27,62 €	6,74 €	ND
France	3,51 €	6,14 €	1,93 €	18,76 €	12,72 €	9,48 €	29,40 €	6,94 €	ND

G - Paniers moyens

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	38,36 €	50,57 €	8,92 €
Département	31,15 €	43,44 €	11,90 €
France	33,86 €	47,49 €	12,58 €

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	8,27 €	10,53 €	2,82 €
Département	7,28 €	9,39 €	3,97 €
France	7,79 €	10,25 €	3,94 €

I - Marges moyennes par vente en pourcentage

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	22,23%	21,38%	34,61%
Département	24,25%	22,21%	36,68%
France	23,89%	22,20%	34,57%

© 2007 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

IMS Pharmastat

Analyse des ventes comptoir

A - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	279	470	97	11	51	169	2	83	35
Unités	349	500	113	12	55	174	2	94	69
CA en €	471	3 448	219	266	687	1 118	83	415	287

B - Types de produits en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	24,01%	40,45%	8,35%	0,95%	4,39%	14,54%	0,17%	7,14%	ND
Unités	26,87%	38,49%	8,70%	0,92%	4,23%	13,39%	0,15%	7,24%	ND
CA en €	7,03%	51,38%	3,27%	3,98%	10,24%	16,67%	1,24%	6,19%	ND

C - Décomposition de la marge brute HT en valeur (en €)

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
2 281	307	1 080	90	66	233	355	17	131	ND

D - Décomposition de la marge brute HT en pourcentage

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
100,00%	13,48%	47,33%	3,97%	2,92%	10,21%	15,58%	0,75%	5,76%	ND

E - Marges brutes HT en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	66,75%	32,99%	42,45%	29,89%	35,96%	37,84%	21,70%	38,54%	ND
Départ.	33,80%	37,40%	42,72%	39,32%	32,97%	38,12%	26,23%	33,48%	ND
France	32,12%	35,65%	42,21%	37,13%	32,02%	35,97%	26,03%	32,34%	ND

F - Prix moyens de vente au public TTC

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	1,35 €	6,90 €	1,94 €	22,25 €	12,50 €	6,43 €	41,68 €	4,42 €	ND
Départ.	2,90 €	5,96 €	1,86 €	14,74 €	13,10 €	8,96 €	33,94 €	7,37 €	ND
France	3,29 €	6,10 €	1,91 €	23,41 €	12,71 €	9,19 €	33,86 €	7,72 €	ND

G - Paniers moyens

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	43,51 €	62,61 €	8,37 €
Département	31,65 €	44,38 €	12,56 €
France	34,29 €	49,06 €	12,90 €

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	9,51 €	13,13 €	2,84 €
Département	7,33 €	9,46 €	4,13 €
France	7,84 €	10,47 €	4,04 €

I - Marges moyennes par vente en pourcentage

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	22,54%	21,55%	36,94%
Département	24,06%	21,93%	36,13%
France	23,77%	21,95%	34,51%

© 2008 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

Analyse des ventes comptoir

A - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	262	394	100	14	50	191	1	90	46
Unités	335	417	106	16	52	193	1	102	81
CA en €	1 124	2 839	206	273	591	1 460	37	732	618

B - Types de produits en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	23,82%	35,82%	9,09%	1,27%	4,55%	17,36%	0,09%	8,18%	ND
Unités	27,46%	34,18%	8,69%	1,31%	4,26%	15,82%	0,08%	8,36%	ND
CA en €	15,64%	39,48%	2,87%	3,81%	8,23%	20,31%	0,52%	10,18%	ND

C - Décomposition de la marge brute HT en valeur (en €)

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
2 236	343	890	85	65	183	464	8	212	ND

D - Décomposition de la marge brute HT en pourcentage

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
100,00%	15,37%	39,82%	3,82%	2,91%	8,22%	20,75%	0,40%	9,49%	ND

E - Marges brutes HT en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	31,24%	33,07%	42,77%	28,46%	32,97%	37,83%	24,96%	34,61%	ND
Départ.	33,15%	37,59%	42,56%	39,48%	32,67%	37,94%	25,42%	33,57%	ND
France	32,20%	35,63%	42,06%	37,21%	31,87%	35,83%	25,83%	32,41%	ND

F - Prix moyens de vente au public TTC

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	3,36 €	6,81 €	1,94 €	17,11 €	11,38 €	7,57 €	37,40 €	7,18 €	ND
Départ.	2,97 €	5,91 €	1,87 €	13,99 €	12,76 €	9,11 €	34,13 €	7,44 €	ND
France	3,25 €	6,11 €	1,92 €	23,19 €	12,88 €	9,39 €	34,26 €	7,77 €	ND

G - Paniers moyens

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	42,75 €	59,28 €	9,69 €
Département	30,96 €	43,74 €	12,45 €
France	34,14 €	48,87 €	12,94 €

H - Marges moyennes par vente (en €)

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	9,44 €	12,66 €	3,01 €
Département	7,18 €	9,32 €	4,08 €
France	7,80 €	10,41 €	4,04 €

I - Marges moyennes par vente en pourcentage

	Ensemble des Ventes	Ordonnances	Ventes Comptoir
Votre Officine	22,79%	21,93%	33,96%
Département	24,12%	21,93%	36,04%
France	23,75%	21,91%	34,45%

© 2008 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

Analyse des ordonnances

A - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	4 687	206	95		43	23	19	145	12
Unités	7 498	250	164		150	26	22	181	29
CA en €	79 288	1 984	320		1 044	206	899	4 239	275

B - Types de produits en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	89,82%	3,95%	1,82%		0,82%	0,44%	0,36%	2,78%	ND
Unités	90,44%	3,02%	1,98%		1,81%	0,31%	0,27%	2,18%	ND
CA	90,12%	2,26%	0,36%		1,19%	0,23%	1,02%	4,82%	ND

C - Décomposition de la marge brute HT en valeur (en €)

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
18 798	16 552	619	131		290	65	209	929	ND

D - Contribution à la marge HT en pourcentage

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
100,00%	88,05%	3,29%	0,70%		1,54%	0,35%	1,11%	4,95%	ND

E - Marges brutes HT en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	21,32%	32,79%	41,96%		29,35%	37,81%	24,56%	24,08%	ND
Départ.	21,06%	31,94%	42,81%	39,48%	30,30%	39,32%	23,69%	24,87%	ND
France	21,21%	31,78%	41,94%	39,81%	28,01%	38,18%	22,92%	24,91%	ND

Ordonnances: Valeurs moyennes par type de paiement

	Paiement Comptant	Tiers Payant 100 R.O.	Tiers Payant +/- COMPL.	Ensemble des Ordonnances
F - Votre Officine :				
Nombre d'ordonnances	452	404	1 142	1 484
Lignes / Ordonnance	2,52	3,29	2,41	3,52
Unités / Ligne	1,49	1,63	1,61	1,59
Unités / Ordonnance	3,77	5,38	3,87	5,59
Panier Moyen	46,89 €	86,61 €	27,85 €	59,29 €
Prix Moyen Spécialité	12,44 €	16,10 €	7,20 €	10,61 €
Marge Brute : En %	20,90%	19,01%	25,84%	21,93%
En Valeur à l'ordonnance	9,52 €	16,05 €	7,01 €	12,66 €
G - Département (sur base des données reçues des pharmacies du département) :				
Nombre d'ordonnances	375	484	1 755	2 227
Lignes / Ordonnance	1,37	2,94	2,28	2,67
Unités / Ligne	1,25	1,66	1,53	1,54
Unités / Ordonnance	1,72	4,88	3,48	4,09
Panier Moyen	16,27 €	88,46 €	27,67 €	43,75 €
Prix Moyen Spécialité	9,49 €	18,12 €	7,94 €	10,68 €
Marge Brute : En %	29,80%	17,53%	24,84%	21,93%
En Valeur à l'ordonnance	4,60 €	15,12 €	6,68 €	9,32 €
H - France (sur base des données reçues des pharmacies du panel) :				
Nombre d'ordonnances	326	478	1 724	2 144
Lignes / Ordonnance	1,43	3,21	2,48	2,93
Unités / Ligne	1,30	1,63	1,56	1,56
Unités / Ordonnance	1,86	5,24	3,87	4,56
Panier Moyen	17,55 €	96,10 €	30,71 €	48,80 €
Prix Moyen Spécialité	9,43 €	18,35 €	7,93 €	10,69 €
Marge Brute : En %	29,10%	17,74%	24,82%	21,93%
En Valeur à l'ordonnance	4,85 €	16,61 €	7,42 €	10,41 €

© 2008 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

IMS Pharmastat

Analyse des ordonnances

A - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	5 185	262	119		19	34	18	119	13
Unités	7 962	330	226		31	34	23	139	24
CA en €	77 999	3 090	395		320	278	933	3 601	830

B - Types de produits en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	90,08%	4,55%	2,07%		0,33%	0,59%	0,31%	2,07%	ND
Unités	91,05%	3,77%	2,58%		0,35%	0,39%	0,26%	1,59%	ND
CA	90,05%	3,57%	0,46%		0,37%	0,32%	1,08%	4,16%	ND

C - Décomposition de la marge brute HT en valeur (en €)

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
19 239	16 956	877	170		106	92	240	795	ND

D - Contribution à la marge HT en pourcentage

Total	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
100,00%	88,13%	4,56%	0,88%		0,55%	0,48%	1,25%	4,14%	ND

E - Marges brutes HT en pourcentage

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Officine	22,20%	29,86%	44,05%		35,03%	39,39%	27,25%	23,84%	ND
Départ.	21,27%	33,48%	43,17%	40,52%	31,26%	39,36%	25,61%	25,84%	ND
France	21,38%	33,09%	42,35%	36,04%	27,74%	37,97%	24,42%	25,61%	ND

Ordonnances: Valeurs moyennes par type de paiement

	Paiement Comptant	Tiers Payant 100 R.O.	Tiers Payant +/- COMPL.	Ensemble des Ordonnances
F - Votre Officine :				
Nombre d'ordonnances	275	438	1 571	1 830
Lignes / Ordonnance	1,18	3,58	2,46	3,15
Unités / Ligne	1,22	1,47	1,57	1,52
Unités / Ordonnance	1,44	5,26	3,85	4,78
Panier Moyen	13,47 €	87,61 €	28,35 €	47,33 €
Prix Moyen Spécialité	9,35 €	16,66 €	7,37 €	9,90 €
Marge Brute : En %	30,68%	19,21%	25,22%	22,78%
En Valeur à l'ordonnance	3,90 €	16,42 €	6,98 €	10,51 €
G - Département (sur base des données reçues des pharmacies du département) :				
Nombre d'ordonnances	496	530	2 079	2 611
Lignes / Ordonnance	1,36	2,94	2,35	2,73
Unités / Ligne	1,24	1,67	1,50	1,51
Unités / Ordonnance	1,69	4,91	3,53	4,12
Panier Moyen	14,31 €	87,08 €	27,05 €	41,93 €
Prix Moyen Spécialité	8,46 €	17,75 €	7,67 €	10,17 €
Marge Brute : En %	31,90%	17,70%	24,95%	22,33%
En Valeur à l'ordonnance	4,32 €	15,03 €	6,57 €	9,10 €
H - France (sur base des données reçues des pharmacies du panel) :				
Nombre d'ordonnances	436	509	1 980	2 450
Lignes / Ordonnance	1,41	3,20	2,55	2,97
Unités / Ligne	1,28	1,63	1,54	1,54
Unités / Ordonnance	1,80	5,23	3,91	4,57
Panier Moyen	15,38 €	93,66 €	29,97 €	46,41 €
Prix Moyen Spécialité	8,55 €	17,90 €	7,66 €	10,16 €
Marge Brute : En %	30,30%	17,84%	24,87%	22,23%
En Valeur à l'ordonnance	4,42 €	16,28 €	7,26 €	10,03 €

© 2008 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

IMS Pharmastat

Comparatif

I : Votre Pharmacie

A - Récapitulatif Général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	2 674	1 830	68,44%	844	31,56%
Nombre de Lignes	7 083	5 756	81,27%	1 327	18,73%
Nombre d'unités	10 198	8 745	85,75%	1 453	14,25%
Chiffre d'Affaires TTC €	94 562 €	86 619 €	91,60%	7 943 €	8,40%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	5 460	820	232	16	82	237	18	218	58
Unités	6 286	930	355	18	95	241	23	250	82
CA en €	78 996	6 434	637	311	1 026	1 959	933	4 264	1 189

II : Le département (sur base des données reçues des pharmacies du département)

A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	4 369	2 611	59,77%	1 758	40,23%
Nombre de Lignes	10 179	7 129	70,04%	3 050	29,96%
Nombre d'unités	14 278	10 770	75,43%	3 508	24,57%
Chiffre d'Affaires TTC €	130 377 €	109 500 €	83,99%	20 877 €	16,01%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	6 722	1 706	423	18	266	568	24	445	161
Unités	9 992	1 914	722	19	352	609	27	633	236
CA en €	97 583	12 474	1 328	261	3 873	5 379	1 109	8 191	1 837

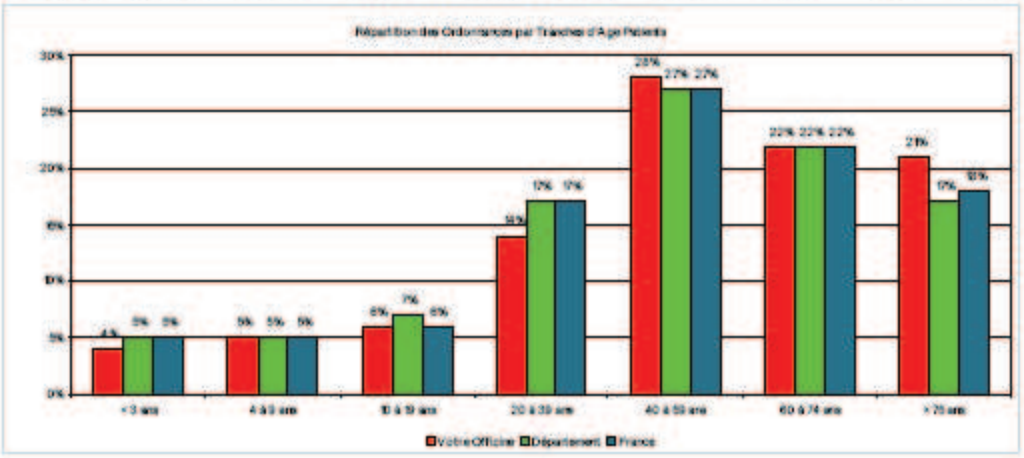
III : La France (sur base des données reçues des pharmacies du panel)

A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	4 104	2 450	59,70%	1 654	40,30%
Nombre de Lignes	10 040	7 292	72,63%	2 748	27,37%
Nombre d'unités	14 363	11 195	77,94%	3 168	22,06%
Chiffre d'Affaires TTC €	134 209 €	113 628 €	84,81%	20 381 €	15,19%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	6 697	1 508	343	27	240	552	19	431	168
Unités	10 397	1 699	626	31	341	594	22	624	275
CA en €	102 593	11 056	1 197	709	3 732	5 365	905	8 271	2 373



© 2008 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

Comparatif

I : Votre Pharmacie

A - Récapitulatif Général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	2 132	1 507	70,68%	625	29,32%
Nombre de Lignes	5 371	4 411	82,13%	960	17,87%
Nombre d'unités	7 986	6 878	86,13%	1 108	13,87%
Chiffre d'Affaires TTC €	81 788 €	76 212 €	93,18%	5 575 €	6,82%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	4 144	522	221	4	74	175	5	226	77
Unités	6 461	585	284	5	90	201	7	353	136
CA en €	69 267	4 362	550	65	1 049	1 321	321	4 850	1 010

II : Le département (sur base des données reçues des pharmacies du département)

A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 566	2 176	61,02%	1 390	38,98%
Nombre de Lignes	8 082	5 782	71,53%	2 301	28,47%
Nombre d'unités	11 573	8 932	77,18%	2 641	22,82%
Chiffre d'Affaires TTC €	111 099 €	94 549 €	85,10%	16 550 €	14,90%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	5 507	1 115	347	28	206	451	19	406	131
Unités	8 341	1 261	612	31	253	478	22	573	208
CA en €	85 207	8 952	1 134	442	3 032	4 442	883	6 927	1 559

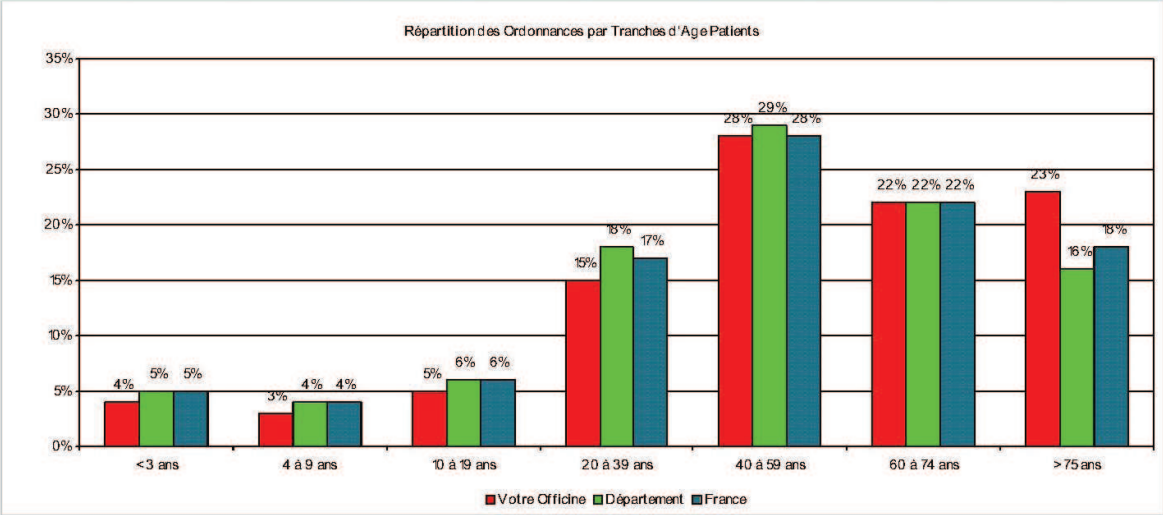
III : La France (sur base des données reçues des pharmacies du panel)

A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 505	2 137	60,98%	1 368	39,02%
Nombre de Lignes	8 378	6 192	73,91%	2 186	26,09%
Nombre d'unités	12 237	9 706	79,32%	2 531	20,68%
Chiffre d'Affaires TTC €	118 697 €	101 490 €	85,50%	17 208 €	14,50%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététt.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	5 919	1 033	287	43	198	462	17	410	149
Unités	9 073	1 168	540	48	276	495	20	604	256
CA en €	92 150	8 214	1 045	945	3 205	4 654	783	7 477	2 175



© 2007 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

IMS Pharmastat

Comparatif

I : Votre Pharmacie

A - Récapitulatif Général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	2 275	1 474	64,79%	801	35,21%
Nombre de Lignes	6 415	5 253	81,89%	1 162	18,11%
Nombre d'unités	9 695	8 396	86,60%	1 299	13,40%
Chiffre d'Affaires TTC €	99 006 €	92 296 €	93,22%	6 710 €	6,78%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététi.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	5 001	664	196	11	92	197	10	244	61
Unités	7 856	767	369	12	133	206	12	340	175
CA en €	83 586	5 373	666	266	1 469	1 353	486	5 804	2 208

II : Le département (sur base des données reçues des pharmacies du département)

A - Récapitulatif général

	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 874	2 324	59,99%	1 550	40,01%
Nombre de Lignes	8 893	6 235	70,11%	2 658	29,89%
Nombre d'unités	12 724	9 630	75,68%	3 094	24,32%
Chiffre d'Affaires TTC €	122 644 €	103 162 €	84,12%	19 482 €	15,88%

B - Types de produits en valeur

	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététi.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	5 891	1 333	385	15	245	548	22	435	156
Unités	8 961	1 500	669	16	335	589	25	605	222
CA en €	91 868	10 442	1 247	246	3 976	5 270	1 032	8 213	1 610

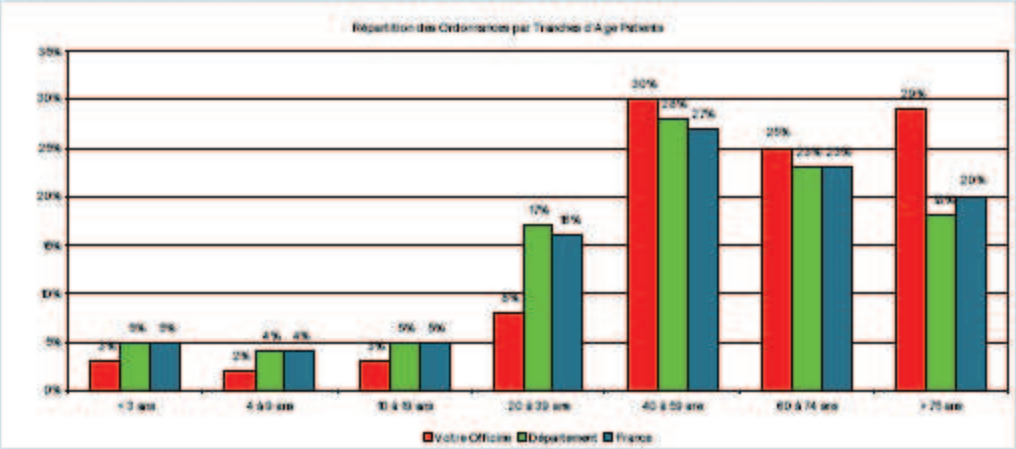
III : La France (sur base des données reçues des pharmacies du panel)

A - Récapitulatif général

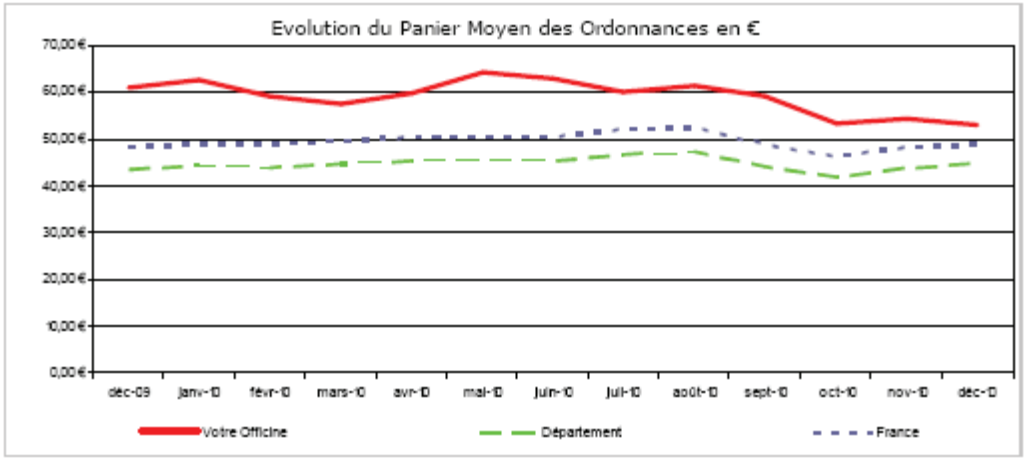
	Ensemble des Ventes	Ordonnances		Ventes Comptoir	
Nombre	3 787	2 240	59,16%	1 546	40,84%
Nombre de Lignes	9 194	6 638	72,20%	2 556	27,80%
Nombre d'unités	13 320	10 339	77,62%	2 981	22,38%
Chiffre d'Affaires TTC €	129 866 €	109 907 €	84,63%	19 959 €	15,37%

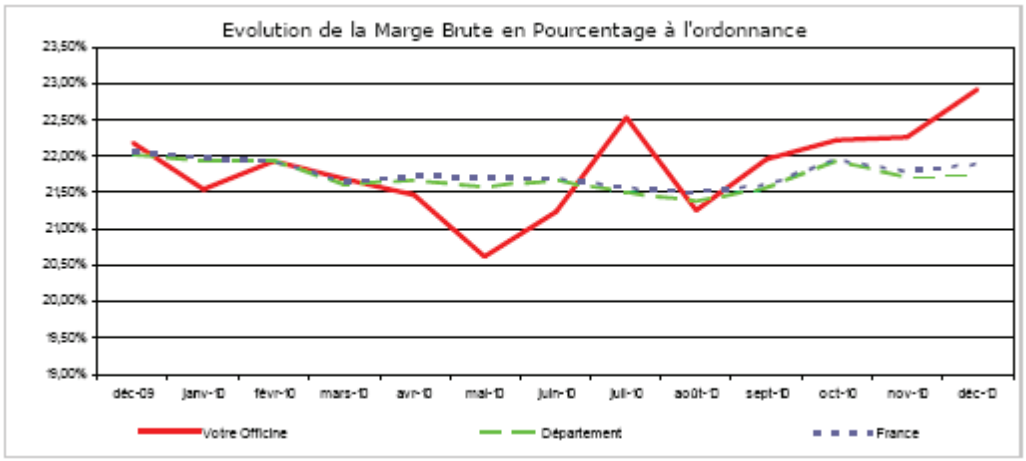
B - Types de produits en valeur

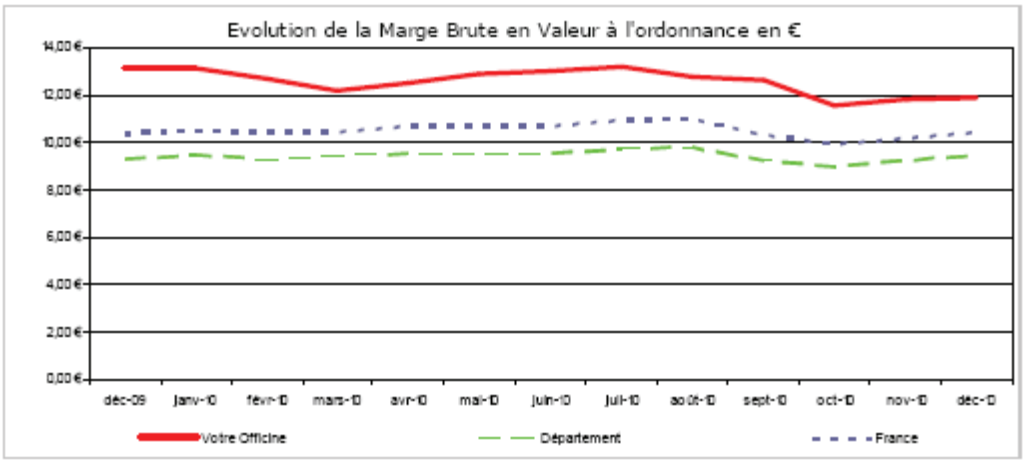
	Médic. Remb.	Médic. N.Remb.	Homéo.	Véto.	Diététi.	Cosméto.	Bas et Collants	Access.	Inconnus
Lignes	6 313	1 274	331	26	232	549	18	430	161
Unités	9 635	1 434	621	30	334	595	21	624	266
CA en €	98 897	9 889	1 193	740	3 776	5 450	868	8 589	2 840



© 2008 IMS Health Incorporated ou ses affiliés. Tous droits réservés.

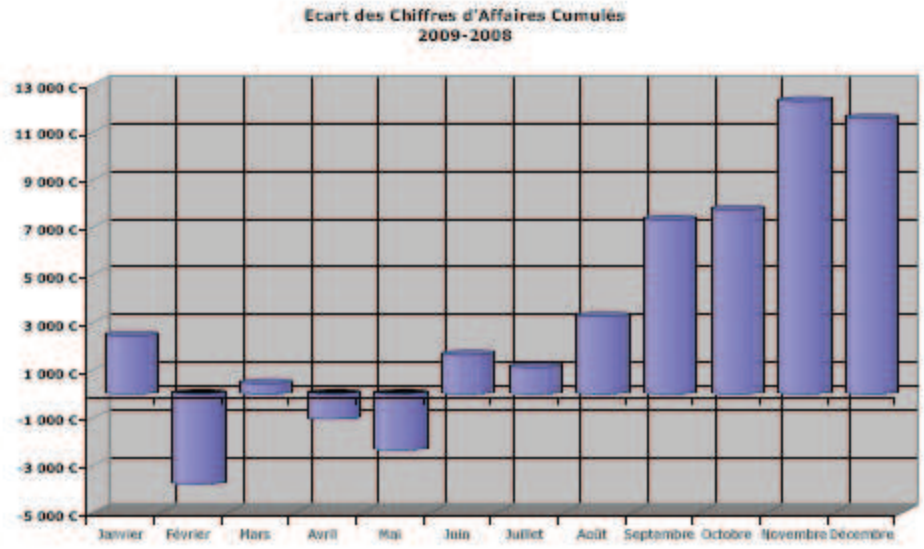

Evolution du Panier Moyen des Ordonnances en €
70,00 €
60,00 €
50,00 €
40,00 €
30,00 €
20,00 €
10,00 €
0,00 €
déc-09
janv-10
févr-10
mars-10
avr-10
mai-10
juin-10
juil-10
août-10
sept-10
oct-10
nov-10
déc-10
Votre Officine
Département
France


Evolution de la Marge Brute en Pourcentage à l'ordonnance
23,50%
23,00%
22,50%
22,00%
21,50%
21,00%
20,50%
20,00%
19,50%
19,00%
déc-09
janv-10
févr-10
mars-10
avr-10
mai-10
juin-10
juil-10
août-10
sept-10
oct-10
nov-10
déc-10
Votre Officine
Département
France


Evolution de la Marge Brute en Valeur à l'ordonnance en €
14,00 €
12,00 €
10,00 €
8,00 €
6,00 €
4,00 €
2,00 €
0,00 €
déc-09
janv-10
févr-10
mars-10
avr-10
mai-10
juin-10
juil-10
août-10
sept-10
oct-10
nov-10
déc-10
Votre Officine
Département
France

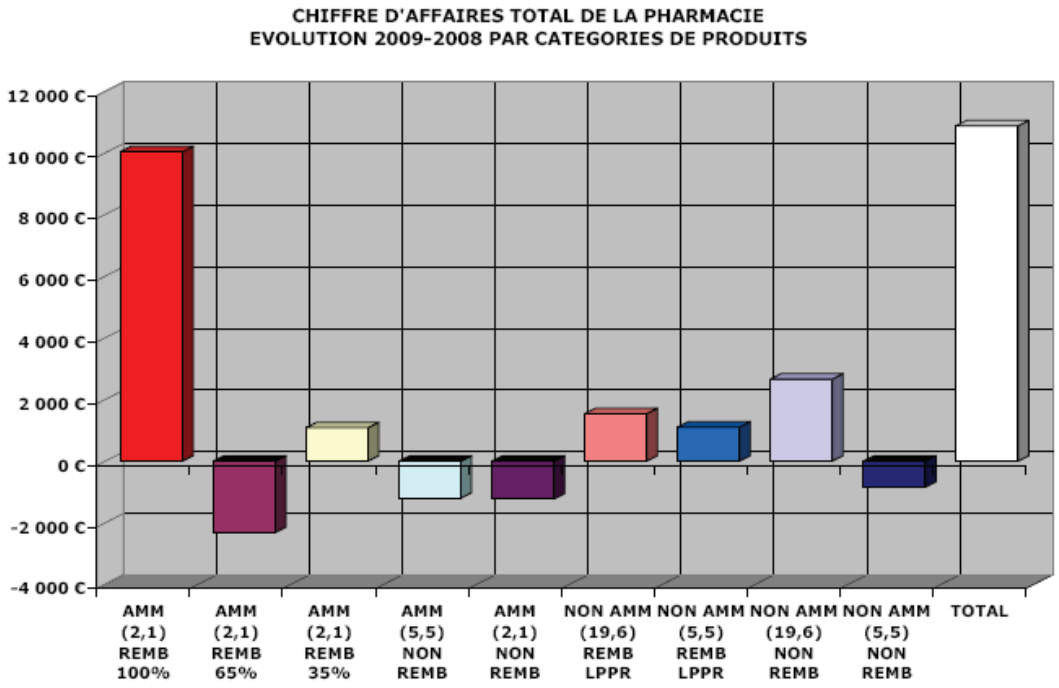
UNE ANNEE 2009 MOROSE MAIS PAS CATASTROPHIQUE

Que ce soit au niveau des unités vendues (+ 0,85%) ou du chiffre d'affaires (+0,74%) l'année 2009 tant redoutée n'a pas été catastrophique.
La marge globale du circuit de distribution (chiffre d'affaires officinal – achats au prix fabricant hors taxes PFHT) est restée stable (+0,16%) contrairement à 2008.
Il aura cependant fallu attendre le deuxième semestre pour voir enfin une évolution positive stable du chiffre d'affaires moyen de l'officine (+ 11 500 €uros TTC sur l'année).
Le graphique ci-dessous montre l'évolution du cumul du chiffre d'affaires réalisé mois par mois entre 2009 et 2008 :



La pathologie hivernale et la grippe A(H1N1) ne doivent pas masquer la réalité de tendances qui s'affirment maintenant depuis plusieurs années.

En effet, si on regarde l'évolution du chiffre d'affaires par catégories de produits vendus par les officines, on voit que cette évolution est pour le moins contrastée comme le montre le graphique ci-dessous :



Ce sont les médicaments remboursés à 100% qui expliquent quasiment à eux seuls l'évolution positive tandis que pathologie hivernale et grippe A (H1N1) ont probablement limité la baisse des médicaments remboursés à 65 ou 35%.
Par ailleurs, on continue à constater une augmentation du CA due aux produits de la LPPR mais celle des produits non remboursables à TVA 19,6 % est essentiellement due à la grippe A(H1N1) (désinfectants, thermomètres, etc.).
On verra plus loin que ces produits ne sont pas le cœur de l'activité de la pharmacie.
Il semble par ailleurs que le « libre accès » (AMM TVA 5,5%) tarde à vraiment démarrer.

ANNEXE III

Statistiques SANTESTAT QUALIPHARMA

PHIE FOLCO SELARL — Nombre de pharmacies dans la cible : Vente : 429 dont Stock : 150

CUMUL DEPUIS le 1er JANVIER (Ma pharmacie)					CUMUL (Cible)			CUMUL (Ecart par rapport à la cible)	
	DÉC-08	Poids	DÉC-07	Evolution	DÉC-08	Poids	Evolution		Evolution (pts)
CA TTC	1 089 618	100,0%	1 114 880	-2,3%	1 207 857	100,0%	1,1%	CA TTC	-3,3
2,10%	916 220	84,1%	944 511	-3,0%	969 498	80,3%	0,2%	2,10%	-3,2
5,50%	115 802	10,6%	116 808	-0,9%	146 649	12,1%	6,3%	5,50%	-7,2
19,60%	57 596	5,3%	53 561	7,5%	91 710	7,6%	2,1%	19,60%	5,5
Autres taux			0					Autres taux	
Ordonnance	1 004 478	92,2%	1 032 174	-2,7%	1 058 341	87,6%	0,9%	Ordonnance	-3,6
Hors ordonnance	85 140	7,8%	82 706	2,9%	149 515	12,4%	2,3%	Hors ordonnance	0,7
									Evolution (pts)
FREQUENTATION	28 069	100,0%	28 277	-0,7%	34 674	100%	-1,6%	FREQUENTATION	0,9
Ordonnance	19 492	69,4%	19 440	0,3%	21 849	63%	-3,4%	Ordonnance	3,7
Hors ordonnance	8 577	30,6%	8 837	-2,9%	12 826	37%	1,6%	Hors ordonnance	-4,5
									Valeur
PANIER MOYEN	38,82		39,43	-1,5%	34,83		2,7%	PANIER MOYEN	3,98
Ordonnance	51,53		53,10	-2,9%	48,44		4,5%	Ordonnance	3,09
Hors ordonnance	9,93		9,36	6,1%	11,66		0,7%	Hors ordonnance	-1,73
									Evolution (pts)
TAUX DE MARGE	19,9%				25,9%		-0,1%	TAUX DE MARGE	
2,10%	19,3%				24,0%		-0,2%	2,10%	
5,50%	25,6%				34,6%		0,1%	5,50%	
19,60%	20,8%				33,0%		0,6%	19,60%	

Evolution du chiffre d'affaires 2008 par rapport à 2007

PHIE FOLCO SELARL — Nombre de pharmacies dans la cible : Vente : 498 dont Stock : 157

CUMUL DEPUIS le 1er JANVIER (Ma pharmacie)					CUMUL (Cible)			CUMUL (Ecart par rapport à la cible)	
	DÉC-09	Poids	DÉC-08	Evolution	DÉC-09	Poids	Evolution		Evolution (pts)
CA TTC	1 163 820	100,0%	1 089 618	6,8%	1 213 221	100,0%	2,0%	CA TTC	4,8
2,10%	977 565	84,0%	916 220	6,7%	969 624	79,9%	1,8%	2,10%	4,9
5,50%	122 520	10,5%	115 802	5,8%	148 560	12,2%	2,2%	5,50%	3,6
19,60%	63 567	5,5%	57 596	10,4%	95 036	7,8%	4,7%	19,60%	5,7
Autres taux	168	0,0%						Autres taux	
Ordonnance	1 064 669	91,5%	1 004 478	6,0%	1 058 667	87,3%	1,8%	Ordonnance	4,2
Hors ordonnance	99 151	8,5%	85 140	16,5%	154 554	12,7%	3,9%	Hors ordonnance	12,5
									Evolution (pts)
FREQUENTATION	29 518	100,0%	28 069	5,2%	34 566	100%	0,7%	FREQUENTATION	4,5
Ordonnance	20 531	69,6%	19 492	5,3%	21 584	62%	0,3%	Ordonnance	5,1
Hors ordonnance	8 987	30,4%	8 577	4,8%	12 982	38%	1,4%	Hors ordonnance	3,4
									Valeur
PANIER MOYEN	39,43		38,82	1,6%	35,10		1,3%	PANIER MOYEN	4,33
Ordonnance	51,86		51,53	0,6%	49,05		1,5%	Ordonnance	2,81
Hors ordonnance	11,03		9,93	11,1%	11,91		2,5%	Hors ordonnance	-0,87
									Evolution (pts)
TAUX DE MARGE	21,2%		19,9%	6,6%	26,0%		-0,1%	TAUX DE MARGE	6,6
2,10%	21,2%		19,3%	9,8%	24,2%		-0,2%	2,10%	10,0
5,50%	25,1%		25,6%	-1,9%	33,9%		-1,5%	5,50%	-0,4
19,60%	21,6%		20,8%	3,4%	32,8%		-0,4%	19,60%	3,8

Evolution du chiffre d'affaires 2009 par rapport à 2008

PHIE FOLCO SELARL — Nombre de pharmacies dans la cible : Vente : 532 dont Stock : 182

CUMUL DEPUIS le 1er JANVIER (Ma pharmacie)					CUMUL (Cible)			CUMUL (Ecart par rapport à la cible)	
	DÉC-10	Poids	DÉC-09	Evolution	DÉC-10	Poids	Evolution		Evolution (pts)
CA TTC	1 178 721	100,0%	1 163 820	1,3%	1 216 800	100,0%	0,5%	CA TTC	0,8
2,10%	995 634	84,5%	977 565	1,8%	971 838	79,9%	0,5%	2,10%	1,4
5,50%	122 926	10,4%	122 520	0,3%	148 049	12,2%	-0,3%	5,50%	0,6
19,60%	60 002	5,1%	63 567	-5,6%	96 913	8,0%	1,8%	19,60%	-7,4
Autres taux	159	0,0%	168					Autres taux	
Ordonnance	1 079 436	91,6%	1 064 669	1,4%	1 063 572	87,4%	0,7%	Ordonnance	0,7
Hors ordonnance	99 286	8,4%	99 151	0,1%	153 228	12,6%	-0,8%	Hors ordonnance	0,9
									Evolution (pts)
FREQUENTATION	29 828	100,0%	29 518	1,1%	33 992	100%	-1,6%	FREQUENTATION	2,7
Ordonnance	20 654	69,2%	20 531	0,6%	21 216	62%	-1,8%	Ordonnance	2,4
Hors ordonnance	9 174	30,8%	8 987	2,1%	12 776	38%	-1,3%	Hors ordonnance	3,4
									Valeur
PANIER MOYEN	39,52		39,43	0,2%	35,80		2,2%	PANIER MOYEN	3,72
Ordonnance	52,26		51,86	0,8%	50,13		2,5%	Ordonnance	2,13
Hors ordonnance	10,82		11,03	-1,9%	11,99		0,6%	Hors ordonnance	-1,17
									Evolution (pts)
TAUX DE MARGE			21,2%		26,0%		-0,3%	TAUX DE MARGE	
2,10%			21,2%		24,3%		0,7%	2,10%	
5,50%			25,1%		33,7%		-1,4%	5,50%	
19,60%			21,6%		32,7%		-0,3%	19,60%	

Evolution du chiffre d'affaires 2010 par rapport à 2009

PHIE FOLCO SELARL — Nombre de pharmacies dans la cible : Vente : 519 dont Stock : 125

CUMUL DEPUIS le 1er JANVIER (Ma pharmacie)					CUMUL (Cible)			CUMUL (Ecart par rapport à la cible)	
	SEPT-10	Poids	SEPT-09	Evolution	SEPT-10	Poids	Evolution		Evolution (pts)
CA TTC	887 227	100,0%	858 674	3,3%	904 160	100,0%	0,9%	CA TTC	2,5
2,10%	747 919	84,3%	723 146	3,4%	723 279	80,0%	0,8%	2,10%	2,6
5,50%	90 943	10,3%	89 329	1,8%	108 421	12,0%	0,0%	5,50%	1,8
19,60%	48 265	5,4%	46 156	4,6%	72 461	8,0%	2,4%	19,60%	2,1
Autres taux	100	0,0%	43					Autres taux	
Ordonnance	813 212	91,7%	789 314	3,0%	791 931	87,6%	1,0%	Ordonnance	2,0
Hors ordonnance	74 015	8,3%	69 360	6,7%	112 230	12,4%	-0,4%	Hors ordonnance	7,2
									Evolution (pts)
FREQUENTATION	21 792	100,0%	21 129	3,1%	24 908	100%	-1,1%	FREQUENTATION	4,2
Ordonnance	15 039	69,0%	14 908	0,9%	15 583	63%	-1,3%	Ordonnance	2,1
Hors ordonnance	6 753	31,0%	6 221	8,6%	9 325	37%	-0,9%	Hors ordonnance	9,4
									Valeur
PANIER MOYEN	40,71		40,64	0,2%	36,30		2,0%	PANIER MOYEN	4,41
Ordonnance	54,07		52,95	2,1%	50,82		2,3%	Ordonnance	3,25
Hors ordonnance	10,96		11,15	-1,7%	12,04		0,4%	Hors ordonnance	-1,08
									Evolution (pts)
TAUX DE MARGE			20,8%		26,1%		0,4%	TAUX DE MARGE	
2,10%			20,2%		24,3%		0,9%	2,10%	
5,50%			25,7%		33,7%		-1,4%	5,50%	
19,60%			21,2%		32,8%		-0,3%	19,60%	

Evolution chiffre d'affaires janvier/septembre 2010 par rapport à janvier/septembre 2009

CUMUL DEPUIS le 1er JANVIER (Ma pharmacie)					CUMUL (Cible)			CUMUL (Ecart par rapport à la cible)	
	SEPT-10	Poids	SEPT-09	Evolution	SEPT-10	Poids	Evolution		Evolution (pts)
CA TTC	737 544	100,0%	746 926	-1,3%	904 160	100,0%	0,9%	CA TTC	-2,1
2,10%	609 570	82,6%	612 654	-0,5%	723 279	80,0%	0,8%	2,10%	-1,3
5,50%	81 931	11,1%	85 840	-4,6%	108 421	12,0%	0,0%	5,50%	-4,5
19,60%	46 042	6,2%	48 431	-4,9%	72 461	8,0%	2,4%	19,60%	-7,4
Autres taux	0	0,0%	0					Autres taux	
Ordonnance	664 442	90,1%	671 465	-1,0%	791 931	87,6%	1,0%	Ordonnance	-2,1
Hors ordonnance	73 101	9,9%	75 461	-3,1%	112 230	12,4%	-0,4%	Hors ordonnance	-2,7
									Evolution (pts)
FREQUENTATION	23 137	100,0%	23 901	-3,2%	24 908	100%	-1,1%	FREQUENTATION	-2,1
Ordonnance	15 371	66,4%	15 487	-0,7%	15 583	63%	-1,3%	Ordonnance	0,5
Hors ordonnance	7 766	33,6%	8 414	-7,7%	9 325	37%	-0,9%	Hors ordonnance	-6,8
									Valeur
PANIER MOYEN	31,88		31,25	2,0%	36,30		2,0%	PANIER MOYEN	-4,42
Ordonnance	43,23		43,36	-0,3%	50,82		2,3%	Ordonnance	-7,59
Hors ordonnance	9,41		8,97	5,0%	12,04		0,4%	Hors ordonnance	-2,62
									Evolution (pts)
TAUX DE MARGE	24,9%		24,7%	0,7%	26,1%		0,4%	TAUX DE MARGE	0,4
2,10%	23,1%		22,8%	1,2%	24,3%		0,9%	2,10%	0,3
5,50%	35,6%		35,6%	0,0%	33,7%		-1,4%	5,50%	1,4
19,60%	32,2%		31,7%	1,6%	32,8%		-0,3%	19,60%	2,0

Evolution chiffre d'affaires de la pharmacie V janvier/septembre 2010 par rapport à janvier/septembre 2009

ANNEXE IV

Etude Géomarketing

Ménages par catégories socio-professionnelles

(Source : Insee. Recensement de la population 1999)

GEOCIBLE

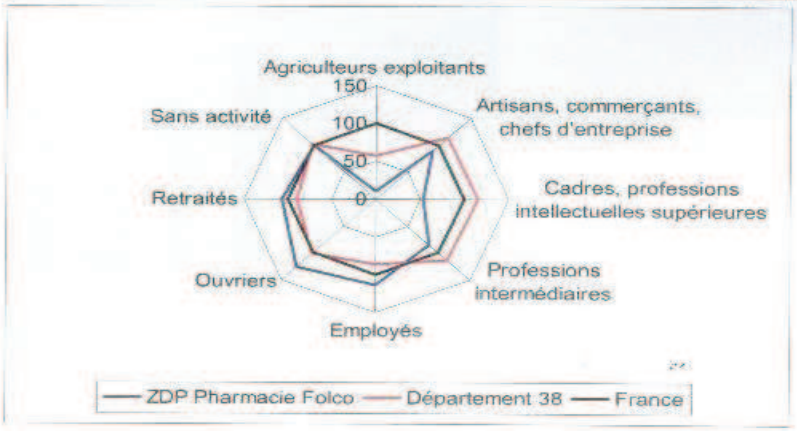
VOTRE PHARMACIE

Sur représentations en jaune

Sous représentations en bleu

Catégories socio-professionnelles	ZDP Pharmacie Folco			Département 38			France	
Agriculteurs exploitants	8	0,2%	1,0	3 864	0,9%	69,8	377 654	1,6%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	204	4,5%	89,0	24 270	5,7%	113,2	1 189 966	5,0%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	236	5,1%	53,7	47 349	11,0%	115,0	2 283 985	9,6%
Professions intermédiaires	552	12,0%	85,6	70 120	16,3%	116,2	3 349 275	14,1%
Employés	600	13,1%	114,0	42 163	9,8%	96,6	2 732 961	11,5%
Ouvriers	1 116	24,3%	125,3	85 985	20,0%	103,1	4 627 333	19,4%
Retraités	1 460	31,8%	106,1	116 245	27,1%	90,3	7 143 836	30,0%
Sans activité	408	8,9%	100,8	39 050	9,1%	103,0	2 103 062	8,8%
Total	**4 584**	**100,0%**		**429 046**	**100,0%**		**23 808 072**	**100,0%**

La zone de proximité est sous représentée en cadres et agriculteurs exploitants, alors qu'elle est **sur représentée en ouvriers.**



Dossier GEO-SPECIALISATIONS - Pharmacie Folco - Janvier 2003 10

Analyse Tranches d'âge

(Source : Insee. Recensement de la population 1999)

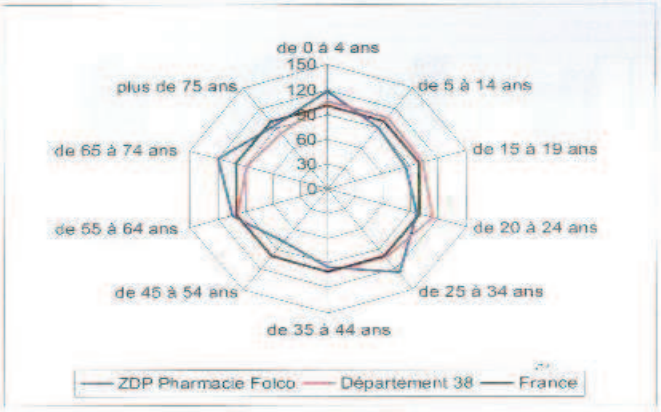
GEOCIBLE

Sur représentations en jaune **Sous représentations en bleu**

VOTRE PHARMACIE

	ZDP Pharmacie Folco			Département 38			France	
Population	10 989	100,0%		1 093 786	100,0%		58 520 688	100,0%
Femmes	5 693	51,8%	97,8	555 397	50,8%	99,5	30 101 269	51,4%
Répartition par âge	ZDP Pharmacie Folco			Département 38			France	
de 0 à 4 ans	661	6,0%	117,8	59 095	5,4%	105,9	2 986 925	5,1%
de 5 à 14 ans	1 270	11,6%	90,6	147 209	13,5%	105,5	7 462 414	12,8%
de 15 à 19 ans	633	5,8%	85,7	76 255	7,0%	103,8	3 932 101	6,7%
de 20 à 24 ans	666	6,1%	95,6	78 495	7,2%	113,2	3 711 548	6,3%
de 25 à 34 ans	1 989	18,1%	125,8	161 881	14,8%	102,9	8 416 705	14,4%
de 35 à 44 ans	1 525	13,9%	94,6	162 004	14,8%	101,0	8 584 184	14,7%
de 45 à 54 ans	1 205	11,0%	76,3	151 669	13,9%	96,1	8 191 168	14,0%
de 55 à 64 ans	1 074	9,8%	104,3	101 389	9,3%	98,9	5 483 741	9,4%
de 65 à 74 ans	1 175	10,7%	119,3	86 594	7,9%	88,3	5 246 991	9,0%
plus de 75 ans	791	7,2%	93,5	69 195	6,3%	82	4 504 911	7,7%

La zone de proximité est caractérisée par une **sur-représentation en enfants de moins de 5 ans, en personnes de 25 à 34 ans et en personnes âgées de 65 à 74 ans.** Mais aussi par une sous représentation de la tranche d'âge 45 à 54 ans.



Population par type d'activité

(Source : Insee. Recensement de la population 1999)

GEOCIBLE

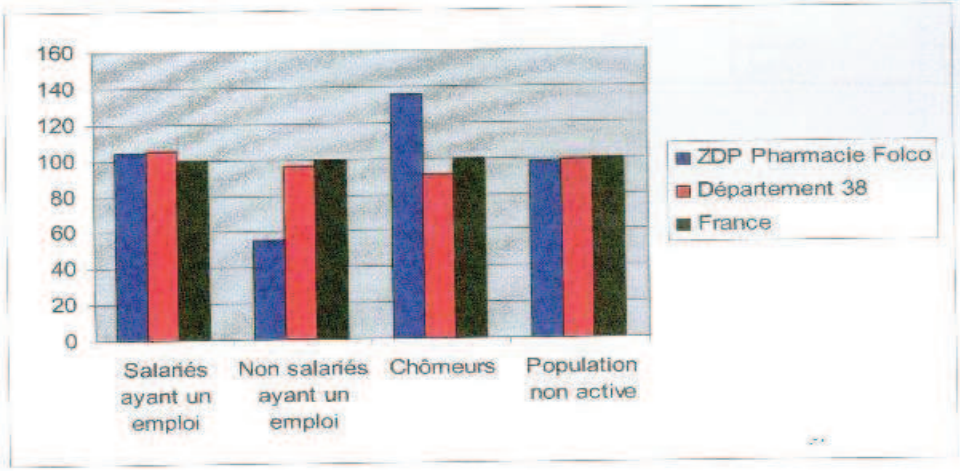
VOTRE PHARMACIE

Sur représentations en jaune

Sous représentations en bleu

Population par type d'activité	ZDP Pharmacie Folco			Département 38			France	
Salariés ayant un emploi	3 951	36,0%	104,2	394 548	36,1%	104,5	20 193 642	34,5%
Non salariés ayant un emploi	294	2,7%	53,7	51 561	4,7%	96,4	2 861 560	4,9%
Chômeurs	867	7,9%	135,7	57 610	5,3%	90,6	3 401 611	5,8%
Population non active	5 877	53,5%	97,6	590 067	53,9%	98,5	32 063 875	54,8%
Total	10 989	100,0%		1 093 786	100,0%		58 520 688	100,0%

La zone de proximité se caractérise par la faible présence de non salariés ayant un emploi et a contrario, **elle est sur représentée en terme de chômeurs** (RGP 1999)



Evolution démographique

(Source : Insee. Recensement de la population 1999)

GEOCIBLE

VOTRE PHARMACIE

	ZDP Pharmacie Folco			Département			France		
	1999	1990	Ecart	1999	1990	Ecart	1999	1990	Ecart
Population	10 989	10 971	0,2%	1 093 786	1016543	7,6%	58 520 688	56 625 026	3,3%
Répartition par âge	ZDP			Département			France		
de 0 à 4 ans	6,0%	5,7%	0,3	5,4%	5,9%	- 0,5	5,1%	5,6%	- 0,5
de 5 à 14 ans	11,6%	11,1%	0,5	13,5%	14,2%	- 0,8	12,8%	13,4%	- 0,7
de 15 à 19 ans	5,8%	6,7%	- 1,0	7,0%	7,7%	- 0,7	6,7%	7,4%	- 0,7
de 20 à 24 ans	6,1%	9,7%	- 3,6	7,2%	8,3%	- 1,1	6,3%	7,6%	- 1,2
de 25 à 34 ans	18,1%	17,6%	0,5	14,8%	15,5%	- 0,7	14,4%	15,2%	- 0,8
de 35 à 44 ans	13,9%	11,9%	2,0	14,8%	15,6%	- 0,8	14,7%	15,2%	- 0,6
de 45 à 54 ans	11,0%	10,6%	0,4	13,9%	10,8%	3,1	14,0%	10,3%	3,7
de 55 à 64 ans	9,8%	12,8%	- 3,0	9,3%	9,6%	- 0,4	9,4%	10,5%	- 1,1
de 65 à 74 ans	10,7%	8,2%	2,5	7,9%	6,6%	1,3	9,0%	7,6%	1,3
plus de 75 ans	7,2%	5,8%	1,4	6,3%	5,8%	0,5	7,7%	7,1%	0,6

Entre 1990 et 1999, la zone de proximité est resté stable en population.

En terme de classe d'âge, la zone de proximité a évolué pour les tranches d'âges de 20 à 34 ans et de 55 à 64 ans qui ont diminué plus vite que dans le département et dans l'ensemble du pays. A l'inverse, les tranche des plus de 65 ans ont augmenté plus vite.

La zone de proximité se caractérise par :

GEOCIBLE

VOTRE PHARMACIE

- La pharmacie Folco est implantée au centre de la zone.
- L'environnement Médical de la Pharmacie Folco se caractérise par rapport au département, par une **concentration moyenne de médecins** (1 médecin pour 1099 habitants contre 1 pour 1036 en France), **et une forte concentration de pharmacies** (1 pharmacie pour 1 374 habitants contre 1 pour 2 578 en France). Dans l'IRIS d'implantation, la concurrence pharmacie est moins importante que dans les IRIS de proximité.
- L'environnement socio-démographique de la pharmacie Folco se décrit par un **milieu d'ouvriers, avec de nombreux enfants de moins de 5 ans.**
- La population de la zone de proximité se caractérise par une forte présence de **familles sans enfants**. Cette population vit plutôt dans des **logements de 3 ou 4 pièces dans des bâtiments construits entre 1949 et 1974**. Ces logements sont plutôt des **logements collectifs**.
- Entre 1990 et 1999, la zone de proximité est resté stable en population.
- En terme de classe d'âge, la zone de proximité a évolué pour les tranches d'âges de 20 à 34 ans et de 55 à 64 ans qui ont diminué plus vite que dans le département et dans l'ensemble du pays. A l'inverse, les tranche des plus de 65 ans ont augmenté plus vite.

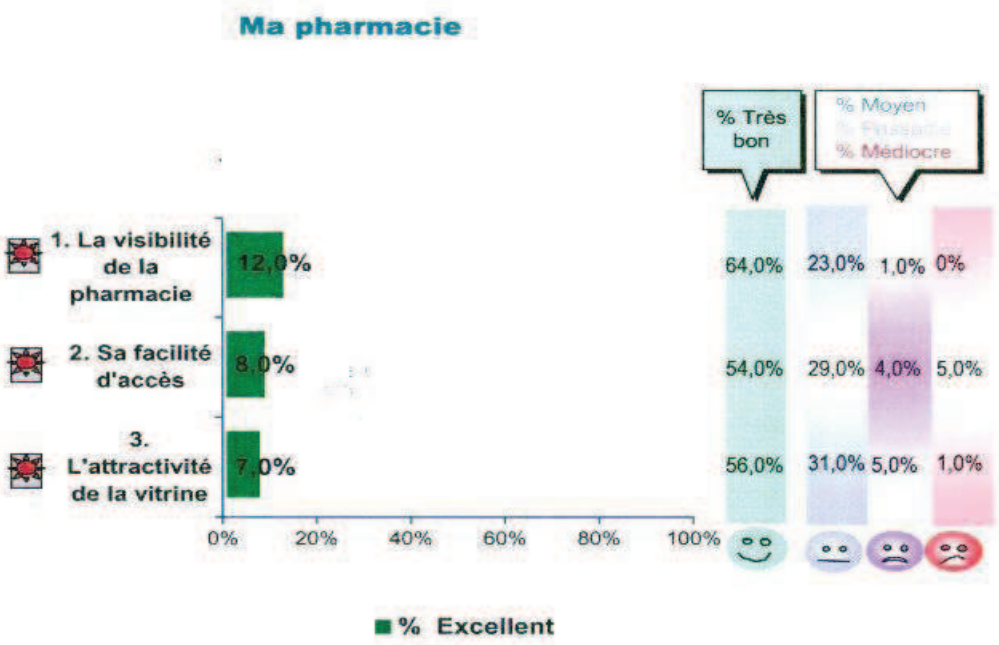
ANNEXE V

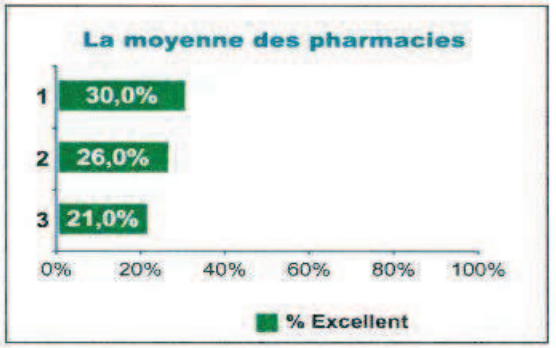
Baromètre satisfaction clientèle

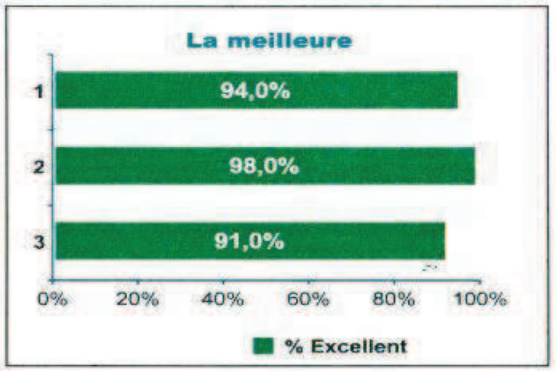
TABLEAU DE BORD : PAR DOMAINE

L'extérieur de la pharmacie

Comment jugez-vous l'extérieur de la pharmacie sur les critères suivants : (Q8)





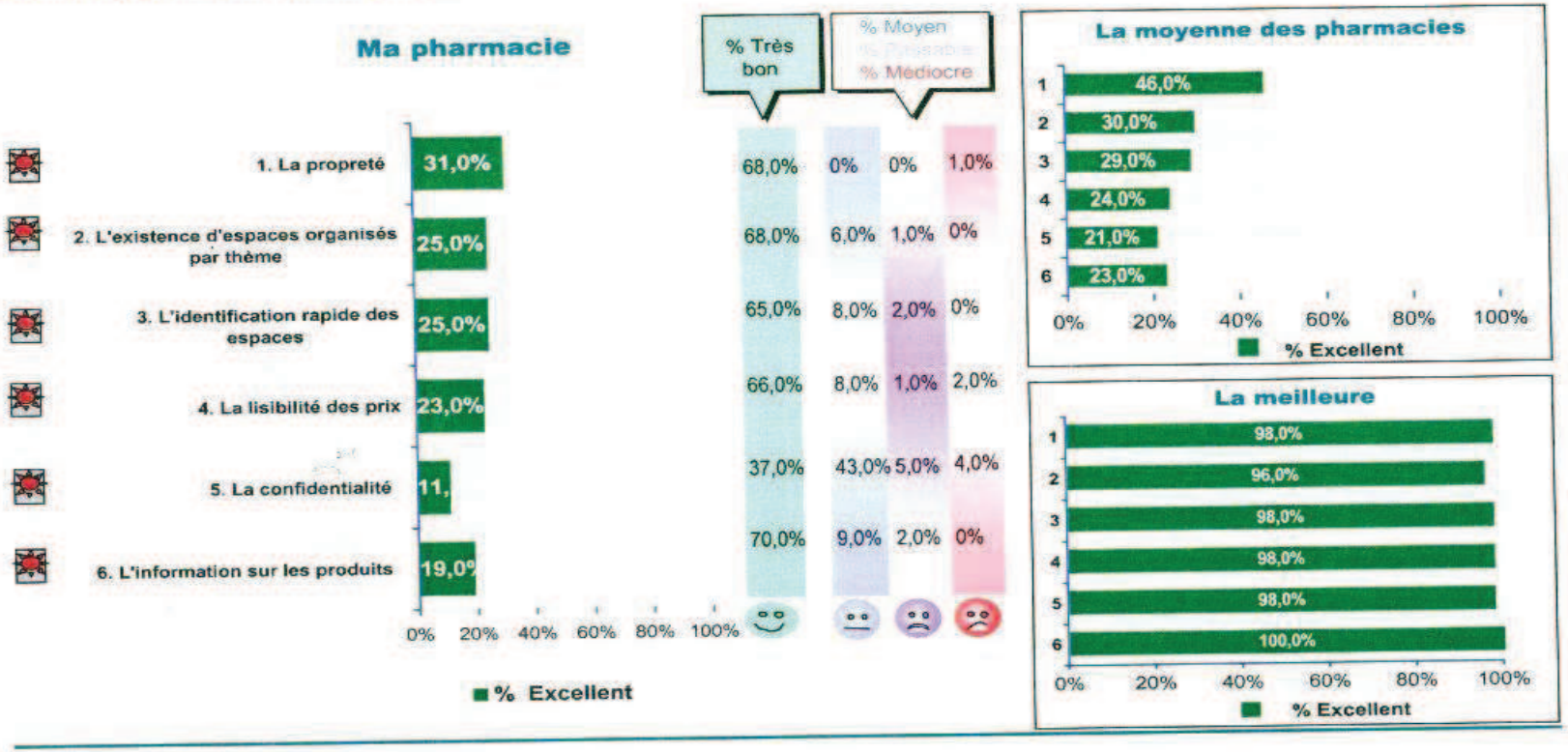


PHARMACIE FOLCO / nov-déc 2002 13

TABLEAU DE BORD : PAR DOMAINE

L'aménagement intérieur

Comment jugez-vous l'aménagement intérieur de l'officine sur les critères suivants : (Q9)

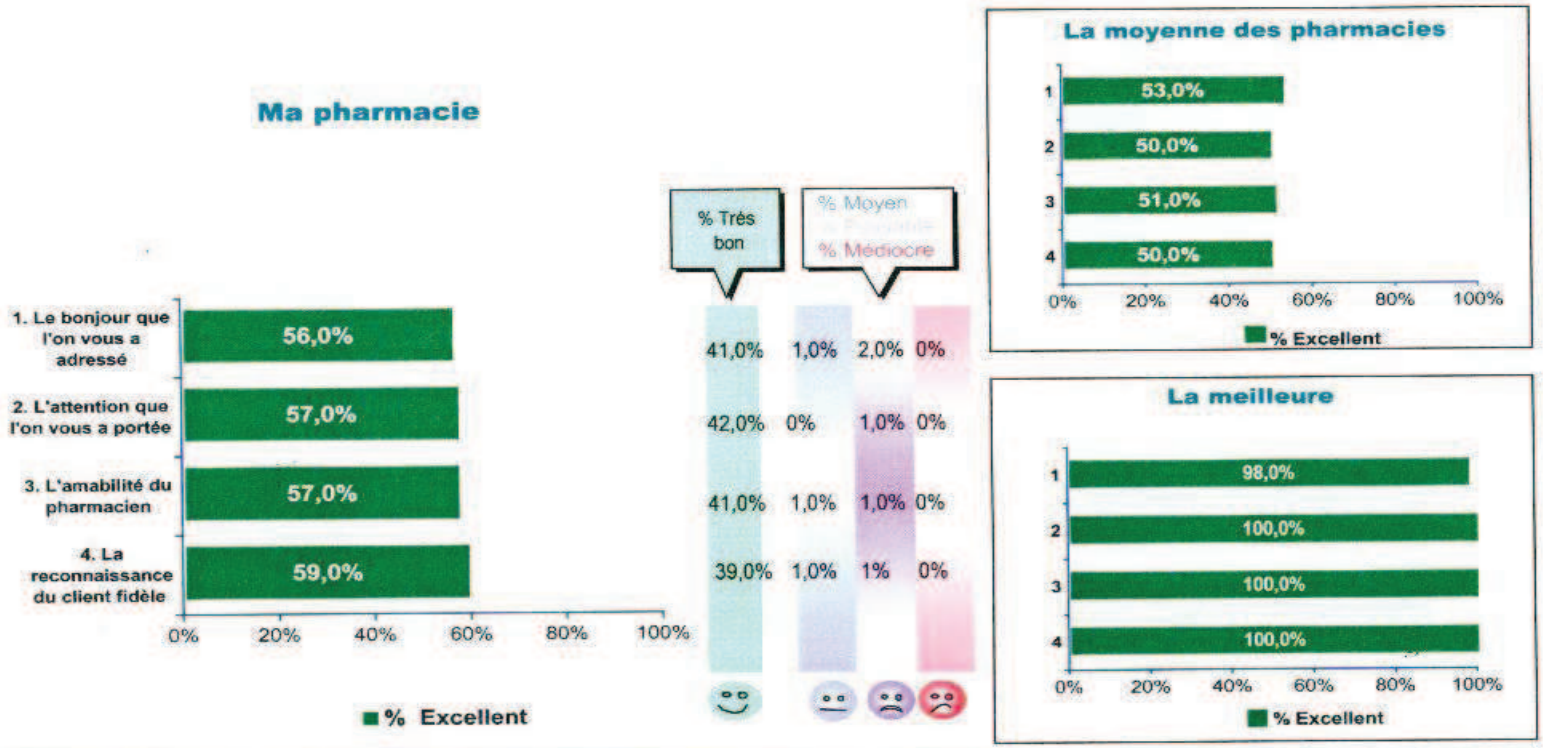

Ma pharmacie
% Très bon
% Moyen
% Médiocre
1. La propreté 31,0% 68,0% 0% 0% 1,0%
2. L'existence d'espaces organisés par thème 25,0% 68,0% 6,0% 1,0% 0%
3. L'identification rapide des espaces 25,0% 65,0% 8,0% 2,0% 0%
4. La lisibilité des prix 23,0% 66,0% 8,0% 1,0% 2,0%
5. La confidentialité 11, 37,0% 43,0% 5,0% 4,0%
6. L'information sur les produits 19,0% 70,0% 9,0% 2,0% 0%
0% 20% 40% 60% 80% 100%
% Excellent
La moyenne des pharmacies
1 46,0%
2 30,0%
3 29,0%
4 24,0%
5 21,0%
6 23,0%
0% 20% 40% 60% 80% 100%
% Excellent
La meilleure
1 98,0%
2 96,0%
3 98,0%
4 98,0%
5 98,0%
6 100,0%
0% 20% 40% 60% 80% 100%
% Excellent

PHARMACIE FOLCO / nov-déc 2002 14

TABLEAU DE BORD : PAR DOMAINE

L'accueil client

Comment jugez-vous l'accueil qui vous a été réservé dans cette pharmacie selon les critères suivants : (Q10)

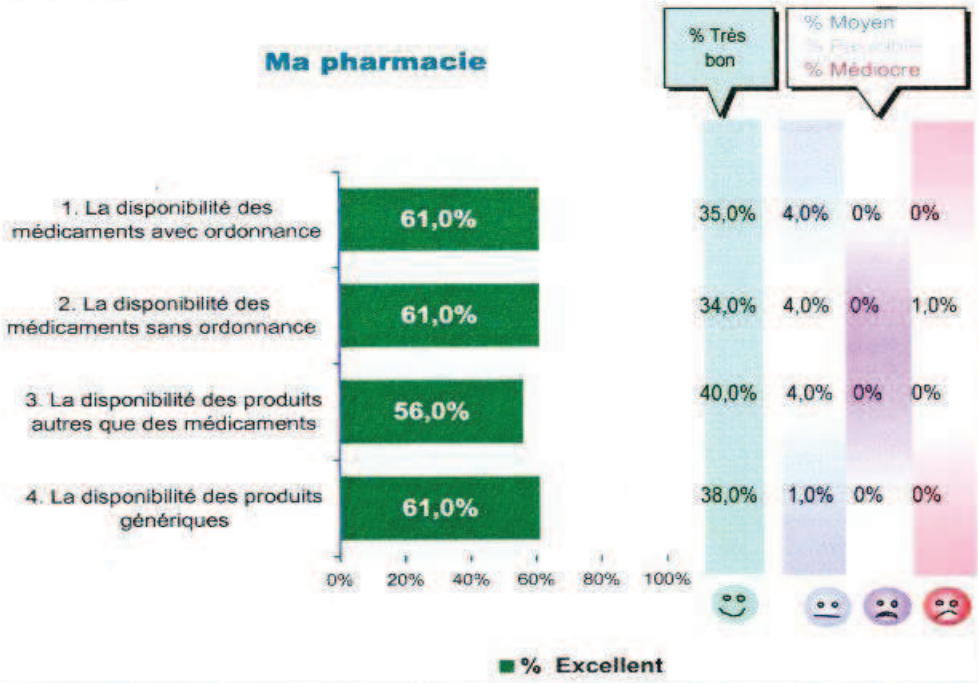


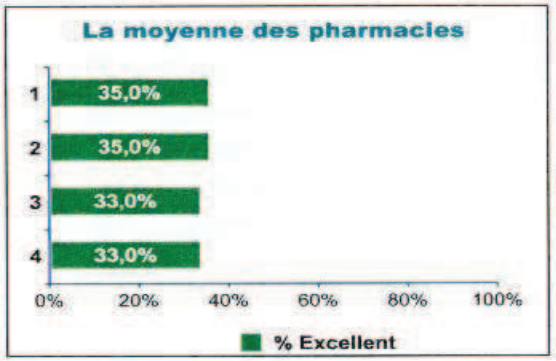
PHARMACIE FOLCO / nov-déc 2002 15

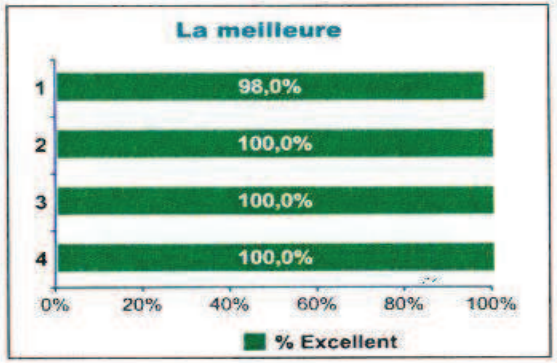
TABLEAU DE BORD : PAR DOMAINE

La disponibilité des produits

Nous parlons plus précisément maintenant de la disponibilité des médicaments ou des produits autres que les médicaments.
Comment jugez-vous cette officine sur les critères suivants : (Q12)





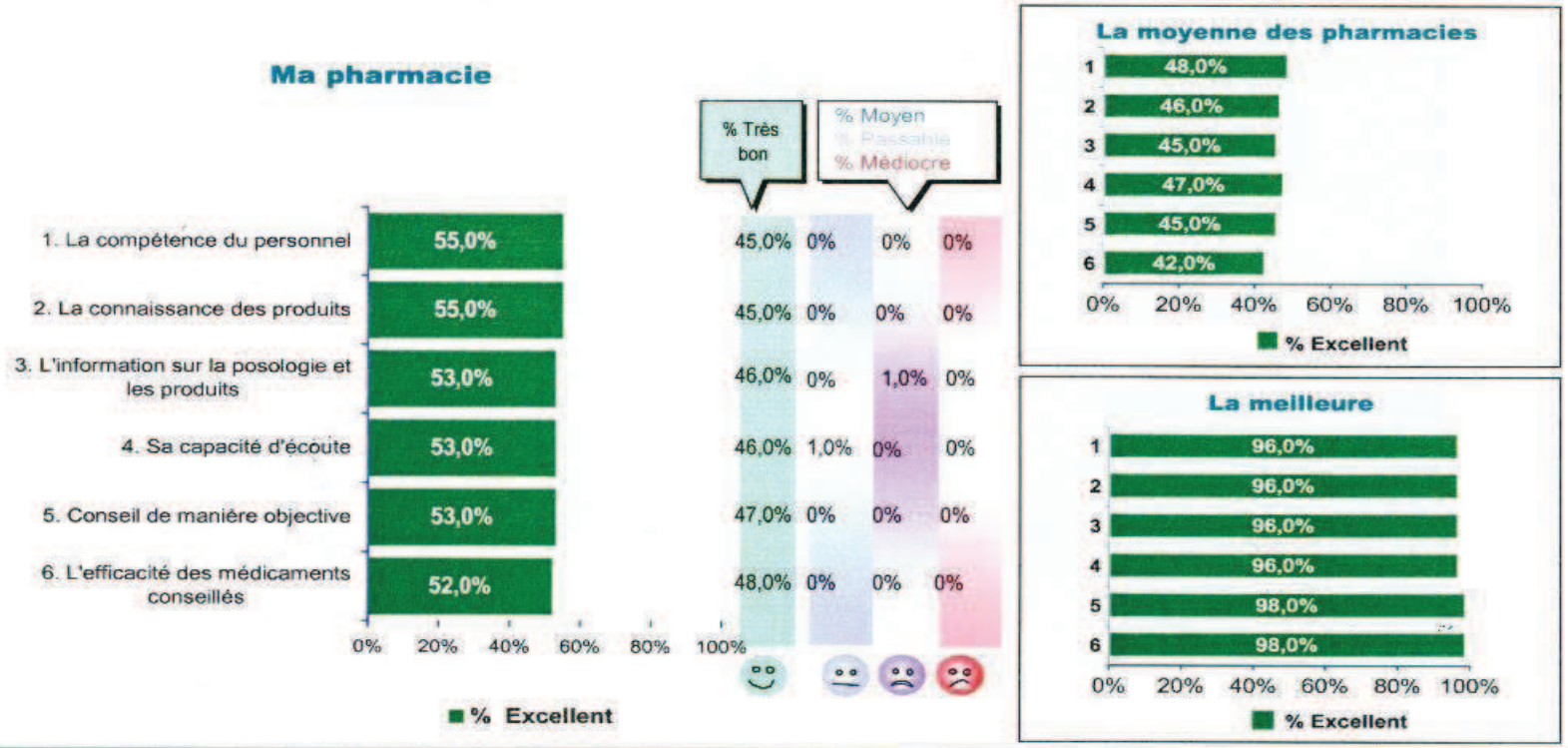


PHARMACIE FOLCO / nov-déc 2002 17

TABLEAU DE BORD : PAR DOMAINE

Le personnel

Comment jugez-vous le personnel de la pharmacie sur les critères suivants : (Q13)



PHARMACIE FOLCO / nov-déc 2002 18

Faculté de Pharmacie de Grenoble

Serment des Apothicaires

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.

FOLCO Jean-Patrice
Téléphone : +33668252285
Email : jeanpatrice.folco@gmail.com

Titre : **MECANIQUE ET MODELES ECONOMIQUE EN OFFICINE, CONTRIBUTION POUR UNE NOUVELLE REMUNERATION.**

Résumé :

La profonde modification du système de distribution depuis l'explosion des hypermarchés en France a entrainé une modification du réseau des pharmacies françaises. Les dérives de la loi de répartition ont permis la création de pharmacies atypiques fonctionnant essentiellement sur un modèle de distribution. La taille de ces officines, la libération des prix et l'ouverture du monopole ont fait croire à la profession que son développement passait obligatoirement par des augmentations de trafics.

La mise en place de la MDL en 1990 n'a pas modifié les analyses économiques de la profession ou des intervenants, toutes les analyses continuant à se reposer sur le seul modèle économique commercial à marge linéaire.

En analysant l'économie officinale avec des indicateurs objectifs permettant la lecture de l'association de 2 marges de nature différente, cette étude montre l'existence de modèles économiques fonctionnant avec une mécanique dépendant du mode d'exercice du titulaire. En abandonnant l'association de la rentabilité avec des taux de marge aux profits des valeurs ajoutées, il est montré que les écarts de rémunérations sont en faveur de ceux qui ont fait le choix d'un exercice libéral.

La modélisation économique est devenue indispensable pour comprendre les changements actuels de notre économie et pour appréhender les futurs changements dus à la loi HPST. Seule la connaissance de son modèle économique permettra de savoir si la nouvelle rémunération promise sera suffisante économiquement ou permettra de déterminer quelle rémunération sera la plus profitable à son économie.

Le résultat est que, sauf pour l'honoraire à l'ordonnance, le modèle libéral est le modèle qui profitera le mieux d'une future modification de la rémunération.

Mots clés : rémunération, MDL, marge, économie, HPST, rapport modélisation.